

Marina Leite Souza

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CÂNCER DE BOCA  
NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Odontologia, área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

Florianópolis  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Marina Leite

Rede de atenção à saúde bucal para diagnóstico e  
tratamento de câncer de boca no Estado de Santa Catarina /  
Marina Leite Souza ; orientadora, Ana Lúcia Schaefer  
Ferreira de Mello - Florianópolis, SC, 2017.

206 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Carcinoma de Células Escamosas . 3.  
Serviços de Saúde Bucal. 4. Assistência Odontológica  
Integral. 5. Assistência à Saúde. I. Mello, Ana Lúcia  
Schaefer Ferreira de . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III.  
Título.

Marina Leite Souza

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO DE CÂNCER DE BOCA NO ESTADO DE SANTA  
CATARINA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Odontologia”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia.

Florianópolis, 22 de fevereiro de 2017.

---

Prof<sup>a</sup>. Izabel Cristina Santos Almeida, Dr<sup>a</sup>.  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>a</sup>. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dr<sup>a</sup>.  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Inês Beatriz da Silva Rath, Dr<sup>a</sup>.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. João Carlos Caetano, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Maria Inês Meurer, Dr<sup>a</sup>.  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico este trabalho aos meus pais,  
João Carlos e Ana Regina, pelo apoio,  
carinho e incentivo em todas as etapas  
da minha vida.



## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pela confiança em mim na realização deste trabalho e por estar sempre disposta e acessível para compartilhar os conhecimentos e contribuir para minha formação.

À Prefeitura Municipal de Florianópolis, por permitir que eu pudesse realizar a pós-graduação.

Às colegas de trabalho, Ana Cristina, Helena e Viviane, pelo apoio e por entenderem a minha ausência no serviço para cursar as disciplinas.

Às residentes Camila e Paola, pelo incentivo e entenderem minhas dificuldades.

Aos colegas do Programa de Pós- Graduação em Odontologia, Igor e Charo, pelo auxílio na coleta de dados.

Ao Prof. Dr. João Carlos Caetano, pela ajuda para contatar alguns participantes da pesquisa.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Liliane Janete Grando, pelos ensinamentos e pelo exemplo a ser seguido, diante do comprometimento com os pacientes.

À equipe de Estomatologia do HU-UFSC pela receptividade em me acolher e me auxiliar sempre que precisei.

Ao Programa de Pós- Graduação em Odontologia, pela oportunidade de fazer parte desta equipe.

À Coordenação Estadual de Saúde Bucal por permitir a realização desta pesquisa e disponibilizar prontamente as informações solicitadas.

À Universidade Federal de Santa Catarina pela contribuição na minha formação profissional.

Aos participantes da pesquisa, pela gentileza e prontidão em participarem do estudo.

Aos meus amigos, pelo companheirismo e pelos momentos de descontração.

À minha amiga Mariana Comparotto Minamisako pelo incentivo e contribuições no trabalho.

Ao meu namorado Márcio, pela compreensão, incentivo e afeto.

Ao meu irmão Eduardo pela ajuda na formatação final do trabalho.

À minha família pelo estímulo, carinho e valores compartilhados.

A Deus, pelas bênçãos e por iluminar meu caminho.





“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)



## RESUMO

O câncer de boca é um dos principais problemas de saúde no Brasil, apresentando altas taxas de mortalidade e morbidade. O objetivo deste estudo foi caracterizar a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer de boca (RASB/CB) no Estado de Santa Catarina (SC). Trata-se de uma pesquisa de natureza transversal, descritiva e exploratória, de base quantitativa e qualitativa. Os dados primários foram coletados mediante questionário estruturado enviado a coordenadores de cursos de Odontologia de Instituições de Ensino Superior e coordenadores de Saúde Bucal de municípios que possuíam Centros de Especialidades Odontológicas; por meio de entrevista semiestruturada com informantes-chave atuantes na organização e gestão da RASB/CB em SC; e através de coleta de dados em prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário (AE/HU) de Florianópolis, SC, que tiveram diagnóstico confirmado de câncer de boca do tipo espinocelular entre os anos de 2010 a 2015. Os dados secundários foram obtidos complementarmente por meio da análise de documentos oficiais, como do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da Divisão de Saúde Bucal de SC e dos Conselhos Federal e Regional de Santa Catarina. Os resultados foram apresentados por meio de dois artigos científicos. O primeiro tratou dos pontos de atenção da RASB/CB de SC e integração entre eles, na perspectiva da rede de atenção à saúde (RAS). O segundo abordou as trajetórias de assistência, no âmbito da Odontologia, das pessoas com câncer de boca atendidas no AE/HU. Constatou-se que são disponibilizados serviços para dar resposta às pessoas acometidas por câncer de boca em todos os níveis de atenção, no âmbito do diagnóstico e tratamento. No entanto, há diferenças em relação à integração entre estes, sendo que, de forma geral, os municípios de grande porte apresentam-se em estágio mais avançado neste sentido, em comparação aos de pequeno porte. Além disso, observou-se que há uma tendência de estruturação da rede, de forma a proporcionar atenção contínua, equitativa e integral aos pacientes e de organização, segundo os princípios da regionalização em saúde. No entanto, ainda é preciso fortalecer a estruturação da RAS, além de orientar os profissionais de saúde e a população para que os pontos de atenção e fluxos entre estes sejam utilizados adequadamente, otimizando os recursos.

**Palavras-chave:** Carcinoma de Células Escamosas, Serviços de Saúde Bucal, Assistência Odontológica Integral, Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

Mouth cancer is one of the main health problems in Brazil, which causes high rates of mortality and morbidity. The objective of this study was to characterize the organization of the oral health care network for diagnosis and treatment of the mouth cancer (OHCN/MC) in the State of Santa Catarina (SC), Brazil. It is a cross-sectional, descriptive and exploratory research, developed in a quantitative and qualitative basis. The primary data were collected through a structured questionnaire sent to directors of dental schools and oral health managers of municipalities that offer dental specialties services; through a semi-structured interview with key informants active in the organization and management of OHCN/MC in SC; and through information gathered in medical records of patients attended at the University Hospital (HU) of Florianópolis, the capital of SC, who had a confirmed diagnosis of squamous cell-type mouth cancer between the years 2010 and 2015. Secondary data were obtained through the analysis of official documents such as the National Register of Health Establishments (CNES), the Oral Health Division of SC and the Federal and Regional Councils of Santa Catarina. The results were presented through two scientific papers. The first one is about the points of attention of the OHCN/MC of SC and the integration between them, from the perspective of the health care network (HCN). The second one approached the therapeutic itineraries, in the scope of dental care, that people with mouth cancer had gone through. It was found that services are available to respond to people affected by mouth cancer at all levels of care, in the context of diagnosis and treatment. However, the integration between are different. In general, large municipalities are in a more advanced stage, when compared to small ones. In addition, it has been observed that there is a trend of structuring the network to provide continuous, equitable and integral attention to patients and of organization following the principles of health regionalization. However, it is still necessary to strengthen the HCN structuring, and guide health professionals and the population to use properly the points of attention and the respective flows between them, optimizing resources.

**Keywords:** Carcinoma Squamous Cell, Dental Health, Comprehensive Dental Care, Delivery of Health Care.



## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1. Frequência absoluta e relativa de especialistas em Estomatologia e Patologia Bucal em Santa Catarina, segundo natureza do local de atuação. Florianópolis, 2016. ....</b>	<b>36</b>
--	-----------

### **Artigo 1**

<b>Tabela 1. Frequência absoluta e relativa de participantes da pesquisa, segundo cargo ou função referidos. Florianópolis, 2016. ....</b>	<b>51</b>
<b>Tabela 2. Frequência absoluta e relativa de participantes da pesquisa, segundo serviço ou instituição de atuação, Florianópolis, 2016....</b>	<b>52</b>
<b>Tabela 3. Número e porcentagem de respostas, segundo procedimentos realizados para atenção ao paciente com câncer de boca, Florianópolis, 2016.....</b>	<b>53</b>
<b>Tabela 4. Número e porcentagem de procedimentos realizados para atenção ao paciente com câncer de boca, segundo pontos de atenção. Florianópolis, 2016.....</b>	<b>54</b>

### **Artigo 2**

<b>Tabela 1. Frequência absoluta e relativa de participantes da pesquisa, segundo sexo, etnia, idade, procedência e fatores de risco, Florianópolis, 2016.....</b>	<b>101</b>
<b>Tabela 2. Frequência absoluta e relativa de profissionais que encaminharam os pacientes ao AE/HU, segundo profissão e serviço de atuação, Florianópolis, 2016. ....</b>	<b>102</b>
<b>Tabela 3. Frequência absoluta e relativa de lesões bucais, segundo localização, sintomas e tempo de duração dos sintomas. Florianópolis, 2016.....</b>	<b>104</b>
<b>Tabela 4. Frequência absoluta e relativa da distribuição do número de dias entre: encaminhamento e 1º atendimento no AE/HU, 1º atendimento no AE/HU e biópsia, biópsia e entrega do laudo, entrega do laudo e 1ª consulta com médico de referência. Florianópolis, 2016.....</b>	<b>106</b>

<b>Tabela 5. Frequência absoluta e relativa de tratamentos indicados após a confirmação de CEC, segundo tipo de tratamento. Florianópolis, 2016. ....</b>	<b>107</b>
---	------------



## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1. Relação dos municípios e Instituições de Ensino Superior selecionados para o estudo. Florianópolis, 2016.....</b>	<b>38</b>
--	-----------



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AE/HU- Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário  
APS- Atenção Primária em Saúde  
AS- Atenção Secundária  
AT- Atenção Terciária  
CB- Câncer de Boca  
CEC- Carcinoma Espinocelular  
CEO- Centros de Especialidades Odontológicas  
CEPON- Centro de Pesquisas Oncológicas  
CIB- Comissão Intergestores Bipartite  
CIT- Comissão Intergestores Tripartite  
CNES- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
Dp- Desvio Padrão  
ESB- Equipes de Saúde Bucal  
ESF- Equipes de Saúde da Família  
HU- Hospital Universitário  
IES- Instituições de Ensino Superior  
LPB/UFSC- Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina  
PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal  
RAS- Redes de Atenção à Saúde  
RASB/CB- Redes de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer de boca  
SISREG- Sistema Nacional de Regulação  
SC- Santa Catarina  
SUS- Sistema Único de Saúde  
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>23</b>
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>27</b>
2.1 <i>Objetivo Geral</i> .....	27
2.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....	27
<b>3. Revisão de Literatura .....</b>	<b>29</b>
3.1 <i>Rede de Atenção à Saúde</i> .....	29
<b>4. Método .....</b>	<b>35</b>
4.1 <i>Tipo de estudo</i> .....	35
4.2 <i>Local</i> .....	35
4.3 <i>Coleta de Dados e Participantes</i> .....	36
4.4 <i>Análise dos Dados</i> .....	41
4.5 <i>Aspectos Éticos</i> .....	41
<b>5. Resultados .....</b>	<b>43</b>
5.1 <i>Artigo 1: Caracterização da rede de atenção ao câncer de boca no Estado de Santa Catarina</i> .....	44
Resumo .....	44
Abstract .....	45
Introdução .....	46
Método .....	48
Resultados .....	51
Pontos de Atenção da Rede de Atenção ao Câncer de Boca .....	57
Integração entre os Pontos de Atenção da Rede de Atenção ao Câncer de Boca .....	61
Discussão .....	66
Conclusão .....	77
Referências .....	79

<b>5.2 Artigo 2: Trajetórias de assistência das pessoas acometidas por câncer de boca e atendidas em um serviço de referência de Santa Catarina.....</b>	<b>93</b>
Resumo: .....	93
Abstract:.....	94
Introdução .....	95
Método .....	97
Resultados .....	100
Discussão .....	107
Conclusão.....	114
Referências.....	116
<b>6. Considerações Finais.....</b>	<b>129</b>
<b>7. Referências.....</b>	<b>133</b>
<b>Apêndice A - Questionário para coleta de dados.....</b>	<b>157</b>
<b>Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 .....</b>	<b>171</b>
<b>Apêndice C - Formulário para coleta de dados de prontuários .....</b>	<b>174</b>
<b>Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 .....</b>	<b>177</b>
<b>Apêndice E: Roteiro para entrevista semiestruturada.....</b>	<b>181</b>
<b>Apêndice F - Apresentação dos resultados da pesquisa qualitativa em códigos, categorias e subcategorias. ....</b>	<b>183</b>
<b>Anexo A - Aprovação no Comitê de Ética.....</b>	<b>200</b>
<b>Anexo B - Termo de autorização das instituições envolvidas .....</b>	<b>203</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) e consiste em um grave problema de saúde pública do Brasil, apresentando altas taxas de mortalidade e morbidade (BRASIL, 2008a; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; PERDOMO et al., 2016). O tipo mais frequente é o carcinoma espinocelular, também chamado carcinoma epidermoide ou carcinoma de células escamosas (GALBIATTI et al., 2013; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

O câncer de boca está entre os dez tipos de neoplasias mais frequentes na população brasileira, incluindo os carcinomas de orofaringe. Na Região Sul do Brasil é o sexto tumor mais comum em homens e o décimo quinto em mulheres, sem considerar os tumores de pele não melanoma (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

A estimativa mundial, para 2012, foi de 300 mil casos novos de câncer de cavidade oral (2,1% do total dos cânceres no mundo), sendo que dois terços destes, em homens (FERLAY et al., 2015; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016). Estimaram-se para o Brasil, no ano de 2016, 15.490 casos novos de câncer da cavidade oral, sendo 11.140 em homens e 4.350 em mulheres. Para Santa Catarina, esta estimativa foi de 430 novos casos em homens e 90, em mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

Este tipo de tumor é mais comum em países em desenvolvimento (FERLAY et al., 2015; GUPTA; JOHNSON; KUMAR, 2016; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; JOSHI et al., 2014b) e em pessoas com baixo nível socioeconômico e educacional (ANDERSEN; LASSEN; CLEMMENSEN, 2008; CONWAY et al., 2008).

Os principais fatores de risco para o câncer da cavidade oral são: tabagismo, etilismo, infecções por HPV, e exposição à radiação UVA solar (câncer de lábio). Contudo, entre tais fatores, destacam-se o tabagismo e o etilismo, que apresentam efeito sinérgico e dose dependente (BRENER et al., 2007; GALBIATTI et al., 2013; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

Algumas lesões orais, assim como condições sistêmicas, representam maior risco de anteceder o câncer bucal e são designadas como lesões com potencial de malignização. As mais citadas pela literatura são: leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e líquen plano (MAIA et al., 2016; MESSADI, 2013; NAPIER; SPEIGHT, 2008; TADAKAMADLA; KUMAR; JOHNSON, 2015; VAN DER WAAL, 2010, 2014). Apesar da facilidade de visualização das lesões bucais, sem necessitar de tecnologia avançada ou instrumentos específicos, um número considerável de pacientes é diagnosticado quando a doença já se encontra em estágios avançados, o que implica em pior prognóstico e diminuição da taxa de sobrevida (BONFANTE et al., 2014; BRENER et al., 2007; FORD; FARAH, 2013; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; ONIZAWA et al., 2003). O tratamento destes pacientes, muitas vezes, leva a deformidades estéticas e funcionais, com grave impacto na qualidade de vida (GALBIATTI et al., 2013; SOMMERFELD et al., 2012).

Diante deste contexto, o câncer de boca é um relevante problema de saúde pública. Estudos apontam a importância de programas e medidas de controle de fatores de risco (MARRON et al., 2010; PERDOMO et al., 2016) como forma de prevenção da doença, além de ações que visem o diagnóstico precoce para melhorar o prognóstico e diminuir as sequelas do tratamento (BONFANTE et al., 2014; MANGALATH et al., 2014; SASSI et al., 2010).

No Brasil, segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, o diagnóstico de câncer de boca deve ser feito precocemente, assim como o tratamento, garantindo-se na rede assistencial atendimento integral em todos os pontos de atenção à saúde, para acompanhamento e



encaminhamento para tratamento nos níveis de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2004). Na atenção primária, devem ser desenvolvidas intervenções com foco na prevenção, que visem o controle dos fatores de risco, como tabaco, o álcool (MARRON et al., 2010) e a exposição solar dos lábios, previamente à instalação da doença, além de ações que objetivem o diagnóstico precoce, antes do paciente apresentar queixas clínicas (BONFANTE et al., 2014; BRASIL, 2008a; MANGALATH et al., 2014; SASSI et al., 2010; TORRES-PEREIRA et al., 2012; WARNAKULASURIYA, 2009).

Quando houver suspeita de câncer de boca, a biópsia e exames complementares, como exames de imagem e de sangue, poderão ser realizados ou solicitados na atenção primária, desde que a equipe se sinta capacitada para exercer a técnica de coleta e, principalmente, a interpretação dos resultados. Caso haja impossibilidade de diagnóstico, o usuário deverá ser encaminhado para a atenção secundária. Neste nível, é realizado o diagnóstico das lesões bucais por meio de biópsia, exames clínicos e complementares, além do planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia. Por fim, a atenção terciária recebe os pacientes com diagnóstico definitivo de câncer (BRASIL, 2008b).

Os encaminhamentos entre os pontos de atenção devem ser realizados por meio de mecanismos de referência, ou seja, o encaminhamento de um ponto de atenção de menor densidade tecnológica para um de maior densidade tecnológica, e contrarreferência, que representa esta dinâmica no sentido oposto. Estes mecanismos proporcionam conexões entre os serviços de saúde, contribuem para continuidade do cuidado, integralidade, troca de informações entre profissionais e, consequentemente, são fundamentais para o processo diagnóstico e para a determinação de condutas frente à lesão diagnosticada (BERTA et al., 2008; BRASIL, 2008a; ERDMANN et al., 2013; FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008; LOMBARDO et al., 2014; SOUSA et al., 2014b; VARGAS et al., 2015b).

Assim, para diagnóstico, tratamento e reabilitação de câncer de boca, no âmbito da Odontologia, não bastam apenas os pontos de atenção à saúde bucal, mas também, uma integração e articulação entre eles. Além disso, os profissionais da saúde bucal necessitam conhecer como esta rede está constituída, seus pontos de atenção e fluxos para a utilização adequada da rede, aproveitando ao máximo a oferta de serviços para que os pacientes recebam o tratamento adequado, integral e de forma contínua (MELLO et al., 2014).

Desta forma, deseja-se com esta pesquisa responder a seguinte pergunta: **Como se caracteriza a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal no âmbito da Odontologia para diagnóstico e tratamento de câncer de boca, no Estado de Santa Catarina?**

Apresenta-se como hipótese investigativa desta pesquisa: a Rede de Atenção à Saúde Bucal em Santa Catarina está estruturada para prestar atenção contínua e integral para os pacientes com câncer de boca. Os pontos de atenção e a integração entre eles permitem a utilização adequada, o aproveitamento máximo da oferta de serviços e o atendimento qualificado aos pacientes.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer de boca no Estado de Santa Catarina.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

\* Identificar os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal no âmbito da Odontologia para diagnóstico e tratamento de câncer de boca no Estado de Santa Catarina e a integração entre estes, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde;

\* Caracterizar os serviços prestados nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer de boca no Estado de Santa Catarina;

\* Descrever as trajetórias de assistência, no âmbito da Odontologia, das pessoas com câncer de boca atendidas no Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário, Florianópolis, Santa Catarina.



### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida pela portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p.4). É uma forma de reestruturação dos sistemas de saúde, em resposta à fragmentação, que visa à integração das ações e serviços de saúde para proporcionar uma atenção contínua e integral a determinada população (ARRUDA et al., 2015; MENDES, 2010; RODRIGUES et al., 2014; VARGAS et al., 2015b).

Para Mendes (2010), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidades sanitárias e econômicas por uma população.

A atenção básica ou atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada para o sistema de saúde e tem o papel de resolver os principais problemas de saúde da população, além de coordenar o cuidado através da orientação dos fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes (BRETON et al., 2012; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010, 2011; OCAMPO-RODRÍGUEZ et al., 2013; RODRIGUES et al., 2014; VARGAS et al., 2015a).

Em um sistema de redes não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde. Estes se relacionam horizontalmente e são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das RAS. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (ERDMANN et al., 2011; MENDES,

2010, 2011; OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004; SILVA, 2011).

Estudos apontam que, com a organização dos serviços em formato de RAS, pode-se melhorar a qualidade do atendimento em saúde da população, o aproveitamento da oferta assistencial disponível, aumentar a satisfação dos usuários, além de reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (BRETON et al., 2012; ERDMANN et al., 2011; MENDES, 2010, 2011; OCAMPO-RODRÍGUEZ et al., 2013; RODRIGUES et al., 2014; SILVA, 2011; SOUSA et al., 2014b; VÁZQUEZ et al., 2009).

As RAS são constituídas por três elementos: População/Região de Saúde, Estrutura Operacional e Modelo de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2010; ERDMANN et al., 2013; MENDES, 2010, 2011).

A população é elemento fundamental, pois é nela que se baseia a atenção, responsabilidade sanitária e econômica das RAS. Deve ser bem definida por meio de um processo de territorialização complexo, cadastramento das famílias, classificação por risco e vinculação à equipe da Estratégia de Saúde da Família (MENDES, 2010, 2011). A região de saúde foi definida pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A estrutura operacional é constituída pelos pontos de atenção, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam as RAS incluem: Atenção Primária à Saúde (centro de comunicação); os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, o

prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde) e o sistema de governança (administra as relações entre todos os elementos) (MENDES, 2010, 2011).

O modelo de atenção se define como um sistema que organiza o funcionamento da RAS, determinando o que são as necessidades assistenciais, prioridades nas intervenções sanitárias e organização do sistema de atenção à saúde, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde (MENDES, 2010, 2011).

Os sistemas de apoio prestam serviços comuns a todos os outros pontos de atenção à saúde como: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, exames radiográficos e imaginológicos, laboratoriais, entre outros); assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde (MENDES, 2010, 2011).

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas que organizam a referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na RAS. Os principais sistemas logísticos são: o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2010, 2011).

A governança das redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde e envolve a participação e cooperação de diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão compartilhada da referida rede (MENDES, 2010, 2011).

Documentos como a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004) e o Caderno de Atenção Básica 17 (BRASIL, 2008a) orientam a organização da rede de saúde bucal no Brasil, evidenciando a importância da atenção primária à saúde (APS) assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da

reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Além disso, destacam a atenção nos níveis secundários e terciários, com o estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência para as diversas especialidades.

De acordo com Pucca e colaboradores (2015), um dos principais avanços da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também chamada de Brasil Sorridente (BRASIL, 2004), foi a construção de uma Rede de Atenção à Saúde Bucal. Segundo os autores, após a PNSB, o papel de cada nível de cuidado em Saúde Bucal e a interação necessária entre os diferentes setores foram claramente definidas em leis e diretrizes, houve expansão da infraestrutura física e foram contratados novos profissionais para atender às necessidades em todos os níveis de atenção. No entanto, pacientes ainda têm dificuldades para acessar algumas especialidades da atenção secundária e há barreiras para construir um sistema unificado e integrado para compensar a influência do setor privado e interesses no mercado de cuidados à saúde, com excessiva valorização da técnica e da especialidade (PUCCA et al., 2015; SCHERER; SCHERER, 2015).

Mello e colaboradores (2014) apontaram motivos que dificultam a plena inserção do cuidado à saúde bucal na rede de atenção à saúde como: a fragilidade do cumprimento das atribuições relativas ao nível de atenção primária; predomínio do trabalho odontológico em consultório, distanciado de uma compreensão ampliada da base territorial e das determinações socialmente produzidas; falta de recursos materiais; restrição de espaço físico e de equipamentos; baixa arrecadação financeira em municípios de menor porte; fragilidade do serviço de apoio diagnóstico; desarticulação no sistema de transporte intermunicipal de usuários; e déficit de registro nos sistemas de informação. Além disso, afirmaram que os profissionais da saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares) necessitam conhecer os pontos de atenção e fluxos para que utilizem de maneira adequada e aproveitem ao máximo a oferta de serviço. Isto pode ser estimulado via educação permanente, especialmente em municípios de menor porte, distantes das instituições formadoras tradicionais.



O estudo de Godoi, Mello e Caetano (2014) teve como objetivo caracterizar a organização da rede de atenção à saúde bucal em municípios com mais de 100 mil habitantes, no Estado de Santa Catarina, Brasil, identificando-se a presença dos elementos constitutivos (população, estrutura operacional e modelo de atenção), assim como a integração entre eles nessa rede. Foi observado que os municípios estudados se encontram em diferentes estágios de implantação e organização da rede de atenção à saúde bucal, principalmente no que diz respeito ao grau de integração entre seus pontos de atenção. Embora disponibilizem serviços de saúde bucal nos três níveis de atenção, foram identificadas graves limitações na oferta de serviços e nos fluxos para atenção terciária. Além disso, a atenção secundária carece de profissionais da área de Estomatologia. Em relação aos sistemas de apoio, mesmo que grande parte dos municípios disponibilize serviços de radiologia odontológica e assistência farmacêutica, considerou-se a implantação deste sistema em estágio incipiente, pelo quantitativo na oferta de serviços de prótese dentária e patologia bucal. Os autores consideraram a ausência da oferta de procedimentos preocupante, pois tanto a detecção precoce de neoplasias, por meio da confirmação por laudo histopatológico, quanto a confecção de próteses, em laboratórios próprios ou contratados, são essenciais para a integralidade da atenção na perspectiva da rede de atenção à saúde bucal.



## **4. MÉTODO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de estudo de natureza transversal, descritiva e exploratória, de base quantitativa e qualitativa.

### **4.2 LOCAL**

O estudo incluiu o Estado de Santa Catarina, mais especificamente os municípios e Instituições de Ensino Superior que realizam serviços e ações relacionadas ao diagnóstico e tratamento de câncer de boca no âmbito da Odontologia. Estes foram identificados por meio de informações da Coordenação Estadual de Saúde Bucal e de responsáveis pelo processo regulatório dos serviços odontológicos do Estado. Também foram identificados os cirurgiões-dentistas com especialidades diretamente relacionadas ao diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com câncer de boca, como Estomatologia, Patologia Bucal e Prótese Bucomaxilofacial, por meio dos registros no Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina e Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. A Tabela 1 apresenta o quantitativo de especialistas em Estomatologia e Patologia Bucal, segundo a natureza do local de atuação. A especialidade Prótese Bucomaxilofacial contava com um profissional atuando na rede privada exclusivamente.

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa de especialistas em Estomatologia e Patologia Bucal em Santa Catarina, segundo natureza do local de atuação. Florianópolis, 2016.

<b>Especialidade: Estomatologia* (n=30)</b>		
<b>Atuação**</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SUS	15	50,0
IES	10	33,3
Rede Privada	13	43,3
Não informado	8	26,7
<b>Especialidade: Patologia Bucal* (n=12)</b>		
<b>Atuação**</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SUS	3	25,0
IES	9	75,0
Rede Privada	6	50,0
Não informado	1	8,3

Fontes: \* Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina, 2016; \*\* Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, 2016.

#### 4.3 COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES

Para esta pesquisa foram utilizadas fontes de dados primários e secundários.

Os dados primários foram coletados de três formas:

- 1) Mediante questionário estruturado autoaplicado, elaborado especificamente para este estudo. O questionário utilizado (apêndice A) foi construído com base na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), a qual estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; no Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2008a), o qual evidencia a reorganização das ações e serviços de saúde bucal da Atenção Básica e no Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008b), que estabelece critérios de referência e

contrarreferência entre a Atenção Primária/Saúde da Família e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Utilizou-se a ferramenta *Google Forms*® para organizar as perguntas e coletar as respostas. Previamente à aplicação dos questionários, foi realizado um pré-teste das entrevistas com três cirurgiões-dentistas atuantes em serviços públicos municipais, mas não indicados como participantes da pesquisa, a fim de avaliar a compreensão e clareza das informações. Pelo fato destes profissionais demonstrarem boa compreensão e facilidade em responder o questionário, não foram necessárias alterações nos mesmos.

Os formulários foram enviados por meio de correio eletrônico para coordenadores de cursos de Odontologia de Universidades do Estado (n=11) e coordenadores de Saúde Bucal (n=44) de municípios do Estado que possuíam Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em funcionamento (Quadro 1). Eles foram selecionados porque, de acordo de informações da Coordenação Estadual de Saúde Bucal e de responsáveis pelo processo regulatório dos serviços odontológicos, os CEO e as Instituições de Ensino Superior (IES) em Odontologia são os locais de referência para diagnóstico de câncer de boca no Estado.

Realizou-se contato telefônico com alguns participantes para confirmar o recebimento dos formulários e maiores esclarecimentos sobre a pesquisa. Além disso, foi possível contato pessoal para explicações sobre o estudo e entrega de termos de consentimento (apêndice B) no 5º Seminário de Ensino na Graduação e na Capacitação para Coordenadores do CEO realizados em março e julho de 2016, respectivamente.

Quadro 1. Relação dos municípios e Instituições de Ensino Superior selecionados para o estudo. Florianópolis, 2016.

Município			Instituição de Ensino/Município
1	Araranguá	23 Joinville	45 Avantis-Balneário Camboriú
2	Balneário Camboriú	24 Lages	46 Furb-Blumenau
3	Biguaçu	25 Laguna	47 UFSC- Florianópolis
4	Blumenau	26 Mafra	48 Unesc- Criciúma
5	Braço do Norte	27 Maravilha	49 Uniplac- Lages
6	Brusque	28 Navegantes	50 Unisul Pedra Branca-Palhoça
7	Caçador	29 Palhoça	51 Unisul Tubarão-Tubarão
8	Canoinhas	30 Palmitos	52 Univali- Itajaí
9	Chapecó	31 Pinhalzinho	53 Univille- Joinville
10	Concórdia	32 Porto união	54 Unochapeco- Chapecó
11	Criciúma	33 Rio do Sul	55 Unoesc-Joaçaba
12	Curitibanos	34 Santo Amaro da Imperatriz	
13	Dionísio Cerqueira	35 São Bento do Sul	
14	Florianópolis	36 São Joaquim	
15	Gaspar	37 São José	
16	Ibirama	38 São Lourenço do Oeste	
17	Içara	39 São Miguel do Oeste	
18	Imbituba	40 Tijucas	
19	Itajaí	41 Tubarão	
20	Itapema	42 Urussanga	
21	Ituporanga	43 Videira	
22	Jaraguá do Sul	44 Xanxerê	

Para municípios sem coordenação específica de Saúde Bucal, solicitou-se que a Secretaria de Saúde indicasse um funcionário que tivesse conhecimento na área de Odontologia para responder à pesquisa. Da mesma forma, os coordenadores de curso puderam indicar uma pessoa da Instituição de Ensino, caso não tivessem disponibilidade para preencher o questionário.

Esta etapa aconteceu entre os meses de abril a agosto de 2016.

2) Análise de dados de prontuários de pacientes que foram atendidos no Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário (AE/HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) entre os anos de 2010 a 2015 e tiveram diagnóstico confirmado de câncer de boca do tipo espinocelular (CEC) após exame histopatológico no Laboratório de Patologia Bucal da UFSC (LPB/UFSC). Escolheu-se iniciar a análise de prontuários a partir de 2010, pois neste ano os pacientes passaram a ser agendados via Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

O AE/HU é um projeto de extensão vinculado ao Departamento de Patologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), composto por um grupo interdisciplinar e multiprofissional especializado no diagnóstico de lesões bucais e situado no Núcleo de Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em Florianópolis, Santa Catarina. Optou-se por esse serviço por ser referência para o Estado desde 1996 para diagnóstico de lesões bucais, incluindo as malignas, e por ser vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (MEURER; ZIMMERMANN; GRANDO, 2016; ROHDEN; COSTA; SILVA, 2013).

O LPB/UFSC também é um projeto de extensão vinculado ao Departamento de Patologia da UFSC e localiza-se no Centro de Ciências da Saúde da mesma Universidade. É o principal centro de exames histopatológicos e anatomopatológico da área de Odontologia em Santa Catarina, com especialistas em patologia bucal para analisar materiais colhidos da cavidade bucal e seus anexos, apesar de não estar

configurado no SISREG como referência (ROHDEN; COSTA; SILVA, 2013).

As informações colhidas nos prontuários foram referentes ao perfil sócio-demográfico; fatores de risco; ao encaminhamento ao serviço de referência, procedimentos, exames realizados, tratamentos indicados, datas do primeiro atendimento no serviço de referência, biópsia e primeira consulta com médico de referência (apêndice C).

A identificação dos participantes ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2015 através de pesquisa em registros de atividades (planilhas, e agendas) desenvolvidas no LPB/UFSC e AE/HU entre os anos de 2010 a 2015. Constatou-se que 92 pessoas preenchiam os critérios de inclusão para esta pesquisa.

Foi obtida a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a análise de prontuários de pacientes já falecidos. Os demais foram convidados a colaborar com a pesquisa por contato telefônico ou pessoalmente. Aqueles que concordaram, assinaram o TCLE (apêndice D).

Os dados foram coletados no primeiro trimestre de 2016.

3) Entrevista semiestruturada com informantes-chave, sendo 04 pessoas consideradas importantes na organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer de boca em Santa Catarina. Todos ocupavam cargos relacionados à gestão da rede de atenção à saúde bucal, em nível estadual.

As entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora, gravadas em áudio e transcritas na íntegra no programa Word®. Foi utilizado um roteiro (apêndice E) para nortear as entrevistas. Esta etapa foi realizada entre os meses de abril e maio de 2016.

Os dados secundários foram obtidos complementarmente por meio da análise de documentos oficiais, como do Cadastro Nacional de



Estabelecimentos de Saúde (CNES), da Divisão de Saúde Bucal de SC e dos Conselhos Federal e Regional de Santa Catarina.

#### **4.4 Análise dos Dados**

Os dados quantitativos foram tabulados com auxílio de planilhas do programa Microsoft Excel®. Para análise, foram geradas as frequências absolutas e relativas das variáveis criadas a partir das informações provenientes do questionário e formulário de coleta de dados.

Os dados qualitativos foram organizados após a transcrição das entrevistas. Os trechos transcritos foram analisados cuidadosamente, por meio de Análise Temática do Conteúdo (MINAYO, 2007), desdobrando-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos (interpretação). Os códigos gerados foram agrupados de acordo com semelhanças e diferenças e classificados em subcategorias. Em um terceiro momento, criaram-se categorias gerais, a partir dos códigos e subcategorias formadas, para proceder a interpretação (apêndice F).

A categorização foi realizada por meio de referenciais teóricos de RAS, como a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) e em textos de autoria de Eugênio Vilaça Mendes (MENDES, 2010, 2011), mais especificamente no que diz respeito à estrutura operacional da RAS (pontos de atenção, sistemas de apoio, logísticos e de governança).

#### **4.5 Aspectos Éticos**

A pesquisa seguiu a Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no país. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob número 1333428 (anexo A). Foi obtida a isenção do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a análise de prontuários de pacientes já falecidos. Todos os demais participantes assinaram o TCLE.

Os serviços envolvidos manifestaram sua anuência por meio da assinatura de termo específico (anexo B).

## **5. RESULTADOS**

Os resultados desta pesquisa serão apresentados por meio de dois artigos científicos.

O primeiro artigo trata dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer de boca no Estado de Santa Catarina e integração entre eles, na perspectiva da rede de atenção à saúde. O segundo, aborda as trajetórias de assistência, no âmbito da Odontologia, das pessoas com câncer de boca atendidas no Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário, Florianópolis, Santa Catarina.

## 5.1 ARTIGO 1: CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA NO ESTADO DE SANTA CATARINA.

### Resumo

Os objetivos foram identificar os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer de boca (RASB/CB) em Santa Catarina (SC), a integração entre estes e caracterizar os serviços prestados nestes pontos de atenção, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de estudo de natureza transversal, descritiva e exploratória, de base quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos foram coletados mediante questionário enviado a coordenadores de cursos de Odontologia de Instituições de Ensino Superior (IES) (n=11) e coordenadores de Saúde Bucal (n=44) de municípios que possuíam Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com 04 pessoas consideradas importantes na organização e gestão da RASB/CB em SC. Os principais resultados indicam que o primeiro atendimento ao paciente com câncer de boca (CB) realiza-se geralmente na Atenção Primária, que referencia aos CEO, quando há suspeita de malignidade. Os CEO são os principais locais de realização de biópsias e diagnóstico definitivo; as IES são importantes pontos de referência e oferecem alguns serviços não disponíveis pela rede pública. O tratamento do CB geralmente é realizado em hospitais de municípios de grande porte. A integração entre os pontos varia entre municípios e os de grande porte encontram-se em estágio mais avançado neste sentido. Conclui-se que existem pontos de atenção oferecendo serviços nas etapas de diagnóstico e tratamento de câncer de boca no âmbito da Odontologia. No entanto, a plena integração entre estes ainda constitui-se um óbice a ser superado para ofertar atenção contínua e integral aos usuários.

**Decs:** Carcinoma de Células Escamosas, Serviços de Saúde Bucal, Assistência Odontológica Integral, Assistência à Saúde.

## Abstract

Characterization of the oral health care network for mouth cancer in the State of Santa Catarina.

The objectives were to identify the Oral Health Care Network attention points for the diagnosis and treatment of mouth cancer (OHCN/MC) in Santa Catarina (SC), Brazil, to analyze the integration between them and to characterize the services provided at these attention points, from the perspective of the health care network. It is a cross-sectional, descriptive and exploratory study, developed in a quantitative and qualitative basis. Quantitative data were collected through a questionnaire sent to directors of dental schools (DS) (n = 11) and oral health managers (n = 44) from municipalities that offered dental specialties services (DSS). Qualitative data were obtained through a semi-structured interview with four people considered important in the organization and management of the OHCN/MC in SC. The main results indicate that the first care for the patient with MC is usually done in primary health care, which refers to the DSS, when there is suspicion of malignancy. The DSS are the main sites for biopsies and definitive diagnosis; the DS are important reference points and offer some services not available through the public network. The MC treatment is usually performed in hospitals of large municipalities. The integration between the points varies between municipalities and the large ones are at a more advanced stage in this sense. It is concluded that there are points of attention offering dental services in the stages of diagnosis and treatment of MC. However, the full integration between these still constitutes an obstacle to be surpassed to offer continuous and integral attention to the users.

**Mesh:** Carcinoma, Squamous Cell, Dental Health Services, Comprehensive Dental Care; Delivery of Health Care.

## **Introdução**

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade bucal e está entre os principais problemas de saúde da população que acometem a saúde bucal, apresentando altas taxas de mortalidade e morbidade (BRASIL, 2008a; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; PERDOMO et al., 2016).

É uma doença que pode ser prevenida, por meio do controle dos fatores de risco, e detectada precocemente, devido à localização das lesões bucais permitirem a visualização e palpação, sem necessitar de tecnologia avançada ou instrumentos específicos (BONFANTE et al., 2014; BRASIL, 2008a; FORD; FARAH, 2013; MANGALATH et al., 2014; MARRON et al., 2010; MESSADI, 2013; PERDOMO et al., 2016; SASSI et al., 2010).

No entanto, muitos pacientes são diagnosticados com a doença em estágios avançados, o que implica em pior prognóstico e diminuição da taxa de sobrevida (BONFANTE et al., 2014; BRENER et al., 2007; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; ONIZAWA et al., 2003; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010; SEO et al., 2016).

O diagnóstico definitivo do câncer de boca depende de vários procedimentos como: detecção da alteração clínica, decisão pela biópsia, escolha do local de biópsia, qualidade do tecido apresentado, procedimento laboratorial, habilidade do patologista e interpretação. Algumas etapas envolvem presença do paciente e tomada de decisão dos profissionais envolvidos, o que pode causar atrasos nos diagnósticos de câncer bucal e início do tratamento (GÜNERI; EPSTEIN, 2014). O tratamento, por sua vez, não se reduz à cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, mas depende de um complexo trabalho inter e multidisciplinar, assim como a reabilitação, que visa repor as perdas estéticas e funcionais causadas pela doença (BRASIL, 2008a, 2008b). Assim, câncer de boca representa um desafio para a saúde pública.

A organização dos serviços em formato de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma alternativa diante deste problema, pois pode

melhorar a qualidade do atendimento em saúde da população, o aproveitamento da oferta assistencial disponível, aumentar a satisfação dos usuários, além de reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (BRETON et al., 2012; ERDMANN et al., 2011; MENDES, 2010, 2011; OCAMPO-RODRÍGUEZ et al., 2013; RODRIGUES et al., 2014; SILVA, 2011; SOUSA et al., 2014b; VÁZQUEZ et al., 2009).

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, coordenada pela atenção primária à saúde (APS) e com responsabilidades sanitárias e econômicas por uma população (MENDES, 2010). São constituídas por três elementos: População/Região de Saúde, Estrutura Operacional e Modelo de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010; ERDMANN et al., 2013; MENDES, 2010, 2011).

A APS é o centro de comunicação das RAS e a via de acesso preferencial aos serviços de saúde. No âmbito da saúde bucal, é representada pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), inseridas ou não na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que realizam suas ações em Centros de Saúde, Unidades Odontológicas Móveis, domicílios e instituições no território de abrangência da ESF (BRASIL, 2008a; CARNUT; FAQUIM, 2014; PUCCA et al., 2015). Espera-se que sejam resolvidos cerca de 80% dos problemas de saúde na APS. Os demais, devem ser encaminhados para atenção secundária (AS) e atenção terciária (AT), em que se ofertam determinados serviços especializados, se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de AT mais densos tecnologicamente que os pontos de AS e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente (BRASIL, 2008a; MENDES, 2011; PUCCA et al., 2015).

Instituições de Ensino Superior (IES) com curso de graduação em Odontologia têm se inserido na rede como ponto de referência para tratamentos ambulatoriais (MELLO et al., 2014; MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011), especialmente após o lançamento da Portaria Interministerial n° 1646, de 5 de agosto de 2014, que instituiu o

componente GraduaCEO no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2014). Este é uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação que dispõe de uma série de ações e serviços de saúde bucal a serem desenvolvidas e prestadas pelas IES, com o objetivo de ampliar a oferta e o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014; PUCCA et al., 2015; SILVA et al., 2015).

Diante deste contexto, a estruturação de uma RASB possibilita a integração e articulação dos pontos de atenção de forma que possam ofertar atenção contínua e integral aos usuários acometidos por câncer de boca (BRASIL, 2008a; MELLO et al., 2014). É importante o reconhecimento dos pontos de atenção para diagnóstico e tratamento desta doença, e também a integração entre eles. Além disso, as fragilidades devem ser identificadas para serem corrigidas, assim como as potencialidades para que sejam fortalecidas, a fim de qualificar a atenção aos pacientes.

Os objetivos deste estudo foram identificar os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer de boca no Estado de Santa Catarina no âmbito da Odontologia, a integração entre estes e caracterizar os serviços prestados nestes pontos de atenção, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde.

## **Método**

Trata-se de estudo de natureza transversal, descritiva e exploratória, de base quantitativa e qualitativa. O local do estudo foi o Estado de Santa Catarina, mais especificamente os municípios e Instituições de Ensino Superior que realizam serviços e ações relacionadas ao diagnóstico e tratamento de câncer de boca no âmbito da Odontologia. Estes foram identificados por meio de informações da Coordenação Estadual de Saúde Bucal e de responsáveis pelo processo regulatório dos serviços odontológicos do Estado.

Para esta pesquisa foram utilizadas fontes de dados primários e secundários.



Os dados primários foram coletados de duas formas. A primeira, mediante questionário estruturado autoaplicado, elaborado especificamente para este estudo. O questionário utilizado foi construído com base na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; no Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2008a), o qual evidencia a reorganização das ações e serviços de saúde bucal da Atenção Básica e no Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008b), que estabelece critérios de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária/Saúde da Família e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Utilizou-se a ferramenta “*Google Forms*” para organizar as perguntas e coletar as respostas. Previamente à aplicação dos questionários, foi realizado um pré-teste das entrevistas com três cirurgiões-dentistas atuantes em serviços públicos municipais, mas não indicados como participantes da pesquisa, a fim de avaliar a compreensão e clareza das informações. Pelo fato destes profissionais demonstrarem boa compreensão e facilidade em responder o questionário, não foram necessárias alterações nos mesmos.

Os formulários foram enviados por meio de correio eletrônico para coordenadores de cursos de Odontologia de Universidades do Estado (n=11) e coordenadores de Saúde Bucal (n=44) de municípios do Estado que possuíam Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em funcionamento. Eles foram selecionados porque, de acordo de informações da Coordenação Estadual de Saúde Bucal e de responsáveis pelo processo regulatório dos serviços odontológicos, os CEO e as Instituições de Ensino Superior (IES) em Odontologia são os locais de referência para diagnóstico de câncer de boca no Estado. Esta etapa aconteceu entre os meses de abril a agosto de 2016. Realizou-se contato telefônico com alguns participantes para confirmar o recebimento e maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, além de contato pessoal para explicações sobre o estudo em eventos promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde.

Estes dados foram tabulados com auxílio de planilhas do programa Microsoft Excel®. Para análise, foram geradas as frequências absolutas e relativas das variáveis criadas a partir das informações provenientes do questionário e formulário de coleta de dados.

A segunda forma de coleta dos dados primários ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com informantes-chave, sendo 04 pessoas consideradas importantes na organização e gestão da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer de boca em Santa Catarina. As entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora, gravadas em áudio e transcritas na íntegra no programa Word®. Esta etapa foi realizada entre os meses de abril e maio de 2016.

Os dados foram organizados após a transcrição das entrevistas. Os trechos transcritos foram analisados cuidadosamente, por meio de Análise Temática do Conteúdo (MINAYO, 2007), desdobrando-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos (interpretação). Os códigos gerados foram agrupados de acordo com semelhanças e diferenças e classificados em subcategorias. Em um terceiro momento, criaram-se categorias gerais a partir dos códigos e subcategorias formadas, para proceder a interpretação.

A categorização foi fundamentada em referenciais teóricos de RAS, como a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) e em textos de Mendes (2010, 2011), mais especificamente no que diz respeito à estrutura operacional da RAS (pontos de atenção, sistemas de apoio, logísticos e de governança).

Os dados secundários foram obtidos complementarmente por meio da análise de documentos oficiais, como do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da Divisão de Saúde Bucal de SC e dos Conselhos Federal e Regional de Odontologia.

A pesquisa seguiu a Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no país. O projeto foi aprovado pelo Comitê

de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob número 1333428.

## Resultados

Dentre as 55 pessoas convidadas a participar do questionário estruturado autoaplicado (11 relacionadas à coordenação das IES e 44 à coordenação de SB), 49 preencheram o questionário, obtendo-se assim uma taxa de resposta de 89,09%. Embora nenhum participante tenha se recusado a responder, 06 não se manifestaram no período estipulado para coleta dos dados, por isto, foram excluídos do estudo.

Dos participantes, 8 (16,3%) eram coordenadores de cursos de Odontologia, 26 (53,1%) coordenadores de saúde bucal, 13 (26,5%) dentistas da rede municipal e 2 (4,1%) professores da área de Odontologia (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa de participantes da pesquisa, segundo cargo ou função referidos. Florianópolis, 2016.

<b>Cargo ou Função</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Coordenador (a) de curso	8	16,3
Coordenador (a) de saúde bucal	26	53,1
Dentista	13	26,5
Professor (a)	2	4,1

Fonte: Dados da pesquisa. Florianópolis, 2016.

Quando questionados sobre como era caracterizado o Serviço ou Instituição que atuavam, com a possibilidade de escolher mais de uma alternativa, 49% indicaram APS, 71,4% AS, 12,2% AT, 20,4% IES e 32,7% Secretaria de Saúde (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa de participantes da pesquisa, segundo serviço ou instituição de atuação, Florianópolis, 2016.

<b>Serviço ou Instituição em que atua</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
APS	24	49,0
AS	35	71,4
AT	6	12,2
IES	10	20,4
Secretaria de Saúde	16	32,7

Fonte: Dados da pesquisa. Florianópolis, 2016.

Todos os participantes (49) afirmaram que no município ou Instituição de Ensino em que atuam é realizado diagnóstico clínico de lesões bucais com suspeita de malignidade, como interpretação de dados da anamnese, exame clínico e exames de imagem (Tabela 3). Na maioria dos casos, o diagnóstico clínico é realizado na AS (85,7%), seguido por APS (38,8%) e clínicas de IES (24,5%). Além disso, 12,2% dos diagnósticos clínicos acontecem na AT (12,2%) e outros locais foram informados por 2% dos participantes (Tabela 4). Quando questionados sobre para onde são encaminhados os pacientes, caso haja impossibilidade de fazer ou confirmar o diagnóstico clínico de lesões suspeitas, 49% dos participantes informaram que encaminham para AT, 32,7% para AS, 18,4% para clínicas de IES. 16,3% consideraram que a questão não se aplica, 4,1% não souberam responder e 6,1% citaram outras opções (Tabela 4). É importante salientar que nas questões sobre os locais em que se realizam o diagnóstico clínico ou sua confirmação, os participantes puderam escolher mais de uma alternativa.

Tabela 3. Número e porcentagem de respostas, segundo procedimentos realizados para atenção ao paciente com câncer de boca, Florianópolis, 2016.

Procedimentos realizados	Sim		Não		Não sabe		NA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico Clínico	49	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Biópsia	48	98,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0
Tratamento	22	44,9	27	55,1	0	0,0	0	0,0
Tratamento Odontológico Prévio	20	90,9	1	4,5	0	0,0	1	4,5
Tratamento Efeitos Colaterais	16	72,7	2	9,1	4	18,2	0	0,0
Acompanhamento/ Contrarreferência	34	69,4	5	10,2	6	12,2	4	8,2

Fonte: Dados da pesquisa. Florianópolis, 2016.

Em relação à biópsia, 48 (98%) participantes afirmaram que é feita no município ou IES e, apenas 1 (2%), respondeu que não é realizada (Tabela 3). Os participantes que responderam “sim” a esta questão (48) continuaram respondendo as perguntas seguintes sobre biópsia. Os outros (1), foram conduzidos diretamente à próxima sessão de perguntas, referentes aos protocolos e fluxos de encaminhamentos.

O local da rede em que preferencialmente se faz biópsia é na AS (85,4%). Também é realizada na AT (27,1%) e clínicas de IES (27,1%). Apenas 6,3% dos participantes indicaram que este procedimento é feito na APS. Participantes que não souberam responder ou citaram outros locais somaram 4,2% (Tabela 4). Segundo os entrevistados, 50,0% dos materiais coletados no exame histopatológico são encaminhados para análise em laboratórios de patologia bucal e 47,9% em laboratórios médicos (prestador ou próprio). 4,2% citaram outros locais ou não souberam responder. Para as questões deste parágrafo, os participantes puderam escolher todas as alternativas que se aplicavam e as porcentagens foram calculadas em relação ao número de respostas (n=48).

Tabela 4. Número e porcentagem de procedimentos realizados para atenção ao paciente com câncer de boca, segundo pontos de atenção. Florianópolis, 2016.

Procedimentos realizados	Pontos de Atenção											
	APS		AS		AT		IES		Não sabe		NA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico Clínico	19	39	42	86	6	12	12	25	0	0	0	0
Confirmação Diagnóstico Clínico	1	2	16	33	24	49	9	18	2	4,1	8	16
Biópsia	3	6,3	41	85	13	27	13	27	1	2,1	0	0
Tratamento	0	0	6	27	20	91	3	14	0	0	0	0
Tratamento	13	65	17	85	3	15	5	25	0	0	0	0
Odontológico Prévio												
Tratamento Efeitos Colaterais	9	56	12	75	4	25	6	38	0	0	0	0
Acompanhamento/ Contrarreferência	24	55	22	50	7	16	11	25	10	22,7	0	0

Fonte: Dados da pesquisa. Florianópolis, 2016.

Segundo 36 (73,5%) participantes, há protocolos que orientam a indicação e o fluxo dos exames para análise histopatológica, já 10 (20,4%) responderam que não e 3 (6,1%) não souberam responder.

Em relação à existência de protocolos que orientam a indicação e o fluxo para referenciar pacientes com lesões com suspeita de malignidade ou malignas, 42 (85,7%) participantes responderam que há no município ou IES, 6 responderam que não (12,2%) e um (2,0%) não soube responder.

Os mecanismos de encaminhamento (referência) de pacientes com lesões malignas ou com suspeita de malignidade mais indicados pelos participantes foram: contato direto com o setor de referência (53,1%) por telefone ou e-mail, por exemplo, e regulação (46,9%). Além disso, foram citados lista de espera (12,2%), outros mecanismos (10,2%) e 4,1% não souberam responder. Para esta questão, os participantes puderam escolher mais de uma alternativa.

Vinte e nove participantes (59,2%) responderam que no município ou IES há especialistas em Estomatologia exercendo a função, 19 (38,8%) responderam que não e 1 (2%) não soube responder. A alternativa “sim, mas não exercendo a função” não foi indicada por nenhum participante.

Em relação ao tratamento de pacientes com câncer de boca, 22 (44,9%) participantes responderam que é realizado no município ou IES e 27 (55,1%) responderam que não (Tabela 3). Geralmente este tratamento é feito na Atenção Terciária ou Hospitais (90,9%), mas os CEO (27,3%) e Clínicas de IES (13,6%) também foram citados como locais de realização de tratamento (Tabela 4). Para esta questão, foi permitido escolher mais que uma alternativa e somente responderam aqueles (n=22) que escolheram a alternativa “sim” na pergunta anterior. Estes, continuaram respondendo as questões referentes ao tratamento (tratamento odontológico prévio e tratamento dos efeitos colaterais). Os outros (n=27), foram direcionados para a próxima sessão de perguntas, referentes ao acompanhamento ou contrarreferência.

Nos municípios ou IES onde são realizados tratamentos de câncer de boca, 20 (90,9%) participantes responderam que os pacientes são avaliados por cirurgiões-dentistas e/ou recebem tratamento odontológico, se necessário, antes de iniciarem o tratamento oncológico, como por exemplo, adequação do meio bucal para eliminar possíveis focos de infecção. Destes, 10 (45,5%) referiram que isto acontece sempre e os outros 10 (45,5%), às vezes. Um participante (4,5%) afirmou que não é feito tratamento odontológico previamente ao tratamento oncológico e 1 (4,5%) respondeu que a questão não se aplicava (Tabela 3). Estes procedimentos são feitos especialmente na APS (65%) e na AS (85%), mas também na AT (15%) e clínicas de IES (25%). É importante salientar que os participantes puderam escolher todas as alternativas que se aplicavam e que esta pergunta foi feita apenas aos que responderam “sim” (n= 20) à questão anterior (Tabela 4).

Em 16 (72,7%) municípios ou IES onde são realizados tratamento de câncer de boca, quando os pacientes apresentam efeitos colaterais decorrentes do tratamento oncológico, como, por exemplo, mucosite, hipossalivação, osteorradionecrose, cárie de radiação, eles são avaliados ou recebem tratamento de cirurgiões-dentistas. No entanto, 2 (9,1%) participantes referiram que isto não acontece e 4 (18,2%) não souberam responder (Tabela 3). Quando os pacientes que apresentam estes efeitos colaterais recebem o tratamento de cirurgiões dentistas, os locais indicados foram: APS (56,3%), AS (75%), AT (25%) ou em clínicas de IES (37,5%) (Tabela 4). Para esta questão pode-se escolher mais de uma alternativa.

Todos os participantes (49) foram questionados se após o tratamento de câncer bucal os pacientes são encaminhados para acompanhamento em outros locais, ou seja, contrarreferenciados. 34 (69,4%) responderam “sim”, 5 (10,2%) “não”, 6 (12,2%) não souberam responder e 4 (12,2%) que não se aplicava (Tabela 3). Estes encaminhamentos geralmente são para APS (54,5%) ou AS (50%). Também foram citadas AT (15,9%), clínicas de IES (25%) e não



souberam responder (22,7%) (Tabela 4). Os participantes puderam marcar todas as alternativas que se aplicavam a esta questão.

A análise dos dados qualitativos resultou em 127 códigos que, depois de agrupados de acordo com semelhanças e diferenças, geraram 7 subcategorias e 2 categorias, a saber: Pontos de Atenção da Rede de Atenção ao Câncer de Boca - Atenção Primária em Saúde, Atenção Secundária, Atenção Terciária, Instituições de Ensino Superior; e Integração entre os Pontos da Rede de Atenção ao Câncer de Boca- Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Sistemas de Governança.

### **Pontos de Atenção da Rede de Atenção ao Câncer de Boca**

A categoria “Pontos de Atenção da Rede de Atenção ao Câncer de Boca” abrangeu conhecimentos e percepções dos participantes em relação aos lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde voltados para os pacientes com suspeita ou confirmação de câncer de boca.

#### *Atenção Primária em Saúde (APS)*

A APS foi referida como o local do primeiro atendimento ao paciente, que é encaminhado ao CEO de referência do município, caso haja suspeita de lesão maligna.

Segundo os participantes, o diagnóstico de câncer de boca geralmente é tardio. Eles sugerem que os motivos para isto são decorrentes das práticas profissionais dos dentistas, que não fazem exame cuidadoso da cavidade bucal e têm dificuldade para detectar lesões iniciais ou com potencial de malignização, bem como relacionados aos pacientes, os quais não consultam periodicamente o serviço odontológico.

Outra questão abordada pelos participantes foi que as descrições das lesões suspeitas ao referenciar pacientes, muitas vezes, são inadequadas e com poucos detalhes, o que dificulta a atuação do regulador e a priorização dos agendamentos. Segundo a opinião dos

participantes, os dentistas de municípios de pequeno porte têm mais dificuldade para fazer diagnóstico precoce de lesões bucais e descrevê-las ao referenciar os pacientes. Acredita-se que a sobrecarga de trabalho dos dentistas na APS, a falta de auxiliar de saúde bucal (ASB) e de condições de trabalho adequadas contribuem para isto.

Também foi citado o receio que alguns dentistas têm em fazer atendimento a pacientes oncológicos neste nível de atenção. Foi mencionado que pacientes oncológicos que não receberam radiação na região de cabeça e pescoço, podem ser atendidos na APS.

Os participantes sugeriram ações de educação permanente com os dentistas da APS abordando assuntos como: detecção precoce de lesões bucais, importância de descrições detalhadas ao referenciar pacientes e atendimento a pacientes oncológicos.

#### *Atenção Secundária (AS)*

Os CEO foram apresentados como referência para diagnóstico definitivo de câncer bucal. A criação dos CEO foi considerada fundamental para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Há 48 CEO em funcionamento em SC. Destes, 8 são CEO municipais, ou seja, atendem somente a população do município (em municípios com mais de 100 mil habitantes). Os outros 40, são CEO regionais, que atendem a sede do município e, pelo menos, 2 municípios vizinhos. No entanto, existem mais ou menos 26 municípios que não têm CEO de referência porque são muito distantes e com poucos habitantes ou porque a região ainda não implantou o serviço. Nestes casos, a Coordenação Estadual de Saúde Bucal recomenda que tenha um dentista da APS do município com experiência em diagnóstico de câncer de boca, o qual não precisa ser especialista, para que seja instituída a referência para o atendimento de pacientes com lesões bucais suspeitas.

Enfatizou-se que a maioria dos profissionais de referência para diagnóstico de câncer bucal são os especialistas em Cirurgia Bucomaxilofacial (CBMF), lotados nos CEO, e que há poucos Estomatologistas atuando na AS. Estomatologia e CBFM foram

consideradas especialidades importantes, que têm objetivos e olhares diferentes. A princípio, não necessitaria haver Estomatologistas em todos os CEO, mas seria importante ter mais especialistas nesta área atuando na rede.

### *Atenção Terciária (AT)*

Após confirmar diagnóstico de câncer bucal, o paciente é encaminhado para hospitais de referência. Os serviços de referência para tratamento de câncer bucal no Estado são os hospitais que fazem tratamento de câncer. Estes recebem apenas pacientes com o diagnóstico confirmado de câncer de boca. Geralmente os tratamentos mais complexos são oferecidos por poucos municípios de grande porte no Estado. Destaca-se o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), em Florianópolis, como referência para todo o Estado para tratamento de câncer de boca, incluindo as cirurgias com maior nível de complexidade.

Outro aspecto relevante foi a importância do tratamento odontológico (procedimentos como exodontias, restaurações, raspagem, endodontias) previamente ao tratamento oncológico, a fim de diminuir as chances de complicações clínicas e intercorrências na cavidade oral. Recomenda-se que seja iniciado no CEO, após a confirmação da lesão maligna.

Apontou-se que na AT, normalmente, os pacientes com câncer de boca são avaliados por cirurgiões-dentistas. Aqueles com necessidades odontológicas realizam os procedimentos na AT (dependendo da disponibilidade do serviço ou especificidades do paciente) ou são contrarreferenciados para AS ou APS. Estas, devem providenciar o mais rápido possível, os procedimentos solicitados pela AT. No entanto, algumas vezes, os pacientes chegam tardiamente aos cirurgiões-dentistas, com a doença em estágio avançado, inviabilizando o tratamento odontológico antes do início da radioterapia ou quimioterapia, devido à urgência em começar o tratamento do câncer

Pelo fato dos efeitos colaterais em cavidade bucal decorrentes do tratamento de câncer de boca (como mucosite, xerostomia,

osteorradiionecrose, trismo e cárie de radiação) serem comuns e afetarem a qualidade de vida dos pacientes, o setor de Odontologia da AT prioriza procedimentos voltados para estes agravos. Além disso, os CEO também devem oferecer tratamento de suporte aos pacientes.

A laserterapia foi apontada como uma técnica que auxilia no alívio da dor e no controle de efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia e é oferecida na AT, em alguns hospitais do estado, apesar do SUS não ter financiamento específico para este procedimento.

### *Instituições de Ensino Superior (IES)*

As IES com cursos de Odontologia foram indicadas como importantes pontos de atenção, onde são realizadas especialmente as etapas de detecção das lesões e confirmação do diagnóstico. Algumas também oferecem suporte ao paciente com câncer antes, durante e após o tratamento oncológico, mas geralmente isto não está regulamentado, protocolado ou com fluxo estabelecido.

O Ambulatório de Estomatologia, situado no Núcleo de Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em Florianópolis, Santa Catarina, destacou-se neste sentido, pois é um projeto de extensão universitária vinculado ao Departamento de Patologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e referência Estadual para diagnóstico de lesões bucais, abrangendo inclusive as malignas, desde 1996. Neste serviço também é realizado o tratamento odontológico prévio ao tratamento oncológico e o tratamento de suporte, inclusive laserterapia.

Evidenciou-se a importância das IES também na educação permanente de alunos de graduação, residentes e profissionais de saúde, contribuindo para propagação do conhecimento e, conseqüentemente, para o fortalecimento da rede. No entanto, pelo fato de visarem o ensino, há dificuldade de obter financiamento, a ampliação da oferta e o funcionamento regular dos serviços voltados para a formação.

## **Integração entre os Pontos de Atenção da Rede de Atenção ao Câncer de Boca**

A categoria “Integração entre os Pontos de Atenção da Rede de Atenção ao Câncer de Boca” abordou o modo como ocorrem as conexões entre os pontos de atenção, na perspectiva de RAS voltada ao paciente com câncer de boca.

### *Sistemas de Apoio*

Em relação aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, os participantes relataram que predominam serviços de radiologia que fornecem radiografias intraorais, mas faltam os que fazem radiografias extrabuciais e outros exames de imagem, como tomografia. Também existem poucos laboratórios de análise anatomopatológica no âmbito da Odontologia e/ou dentistas contratados para analisar os exames e fazer laudos.

Foi explicado que, quando o município ou região de saúde não tem serviços de apoio diagnóstico, deve fazer convênios para contratar o serviço. No entanto, estes não necessitam ser específicos para a Odontologia.

Laboratórios específicos de Patologia Bucal só existem em três IES: UFSC, em Florianópolis, Univali, em Itajaí e Univille, em Joinville. Participantes enfatizaram que o Laboratório de Patologia Bucal da UFSC recebe peças para a análise de várias regiões do Estado. Porém, como este faz parte de um projeto de extensão, os encaminhamentos não são formalizados, não têm fluxo bem definido e também não há repasse financeiro específico.

Os participantes afirmaram que a formação específica em Odontologia é muito importante para analisar os exames e peças de biópsia. No entanto, considerou-se que a demanda por análise de peças de biópsia da cavidade bucal ainda é pequena porque os dentistas estão diagnosticando pouco. Assim, há a dificuldade de justificar a

necessidade de credenciar laboratórios de análise anatomopatológica que tenham dentistas para fazer os laudos.

Outra fragilidade apontada foi que na AT só são disponibilizados exames de imagem da cavidade bucal para pacientes internados. Assim, algumas clínicas radiológicas particulares oferecem descontos aos pacientes que necessitam de exames solicitados pela rede pública.

Quanto à assistência farmacêutica, foi relatado que a maioria dos medicamentos necessários para controlar efeitos colaterais do tratamento oncológico são fornecidos pela rede pública, com exceção do fluoreto de sódio, para controle de cárie e alguns medicamentos utilizados no tratamento de osteorradionecrose (pentoxifilina e tocoferol).

Em relação aos sistemas de informação em saúde, foi explicado que a incidência de câncer de boca no Estado é alta e ainda não se pode afirmar que a estruturação da Rede de Atenção à Saúde em Santa Catarina provocou impacto nos indicadores de morbidade e mortalidade por esta doença.

Outra questão abordada foi a reabilitação com prótese bucomaxilofacial (PBMF) para restituir, com prótese, estruturas faciais alteradas em decorrência do tratamento cirúrgico. Foi explicado que só tem uma profissional especialista em SC, que é conveniada ao Estado e presta serviços em uma clínica privada. Se o paciente precisar de reabilitação com PBMF, é necessário fazer um processo administrativo após o término do tratamento. O município encaminha o processo para a Regional de Saúde que, após aprovar, encaminha para Regulação do Estado. O médico regulador do Estado analisa e, se aprovar, agenda com a dentista conveniada. Este processo leva de 30 a 40 dias e iniciou no primeiro trimestre de 2016. Anteriormente era via processo judicial e demorava mais. Foi abordado que espera pela reabilitação com PBMF fragiliza o paciente, afeta o funcional e o psicológico (estética, convívio social).

### *Sistemas Logísticos*

Na subcategoria “sistemas logísticos” abordaram-se os temas: prontuários clínicos, regulação em saúde, protocolos e fluxos de encaminhamento e transporte em saúde.

Quanto aos prontuários clínicos, os participantes destacaram que a ausência de prontuários informatizados e integrados na maioria dos serviços de saúde em SC prejudica o acompanhamento dos pacientes, a integração entre os pontos e o fortalecimento da rede.

A regulação em saúde foi apontada como fundamental para aumentar a resolutividade, a equidade, a integração entre os pontos de atenção à saúde e para estruturação da rede. Os participantes afirmaram que o regulador deve conhecer bem a rede, identificar as necessidades, prioridades para qualificar a gestão do acesso às especialidades. Além disso, precisa entender os fluxos de referência e contrarreferência e identificar a capacidade do serviço de referência em absorver a demanda. Também citaram a importância de os profissionais de saúde manterem o vínculo e bom relacionamento com os reguladores, para esclarecimentos, pactuações e resolução de intercorrências.

Uma crítica realizada pelos participantes é que há poucos dentistas reguladores atuando no Estado e, segundo eles, quando as demandas não são da área de atuação do regulador, é mais difícil desempenhar este papel.

Quanto aos protocolos e fluxos de encaminhamento, foi indicada a relevância de criar protocolos com critérios de encaminhamentos às especialidades que indiquem condições de priorização de pacientes, a fim de proporcionar equidade, nortear os profissionais, respaldar os reguladores e organizar a rede.

Informou-se que as referências para os CEO não são reguladas na maioria dos municípios do Estado e pretende-se implantar a regulação para a AS a partir de 2017. Já os encaminhamentos para hospitais passaram a ser regulados pelas Centrais Estaduais em 2016.

Estas Centrais de Regulação no Estado estão em processo de implantação. Foi relatado que ainda há encaminhamentos informais para a AT, o que pode beneficiar alguns pacientes e prejudicar outros. Então, destacou-se a importância da implantação da regulação em todo o Estado para evitar a informalidade nos encaminhamentos, melhorar o registro de informações e a integração entre os pontos de atenção.

A contrarreferência foi citada principalmente no sentido da AT encaminhar os pacientes que necessitam preparar a cavidade bucal, previamente ao tratamento oncológico. Pouco se abordou sobre o acompanhamento do paciente na AS ou APS durante ou após o tratamento oncológico. Foi apontado que a contrarreferência da AT para a AS ou APS é pouco realizada, não só na Odontologia, mas também em outras áreas da saúde.

A contrarreferência geralmente é realizada por meio de carta de encaminhamento, com exceção dos encaminhamentos da equipe de Odontologia do CEPON para os CEO de Florianópolis, que ocorre pelo sistema de regulação. A rede de atenção ao paciente com câncer de boca, neste município, foi considerada pelos participantes como em estágio mais avançado de implantação. As potencialidades apontadas foram a presença de prontuário eletrônico, do dentista regulador, haver Estomatologista atuando no CEO, forte integração com o CEPON, capacitações periódicas dos profissionais, encaminhamentos para as especialidades com detalhadas descrições e organização de fluxos e protocolos.

Os participantes relataram que a integração entre os pontos de atenção e o acesso aos serviços de referência é melhor nos municípios de grande porte do Estado. Em municípios menores há predomínio de encaminhamentos informais e pacientes têm mais dificuldade para acessar os serviços de referência.

Em relação ao transporte em saúde, abordou-se o transporte de peças para análise histopatológica e de pacientes. Para o transporte de peças para análise histopatológica, não há uma padronização entre as



regiões do Estado, pois cada município tem uma maneira de transportar, como por exemplo, pelo próprio laboratório de análise, pelos motoristas das prefeituras, pelo profissional que faz o procedimento ou, até mesmo, via correio. Quanto ao transporte de pacientes, foi explicado que em distâncias menores de 50 km o município ou o paciente devem providenciar o deslocamento. Já em distâncias maiores, é através do mecanismo de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), oferecido pelo Estado.

Os participantes informaram que os pacientes conseguem o benefício do TFD facilmente, mas geralmente precisam compartilhar o meio de transporte com outras pessoas do município que também fazem tratamento de saúde nos centros de referência, mas com profissionais e horários diferentes. Isto acarreta longo tempo de espera para consulta e/ou retorno para o domicílio. Além disso, há poucos locais de apoio (alimentação, descanso) para pacientes que necessitam fazer tratamento em municípios distantes do local de residência. Assim, considerou-se que a centralização dos serviços de referência para tratamento de câncer de boca apenas em alguns municípios do Estado acarreta dificuldades aos pacientes, como longo tempo de deslocamento para chegar ao serviço de referência, para aguardar pelo atendimento e para retornar para a casa, gerando cansaço e despesas financeiras (alimentação, perda de dia de trabalho).

### *Sistemas de Governança*

Em relação à governança, foi explicado que em reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR) e de Comissão Intergestores Bipartite (CIB) pactua-se o número de vagas por mês nos hospitais que cada município tem direito. Além disso, está sendo discutido, nas CIR, a instituição de um hospital de referência para atendimento odontológico de pacientes especiais e oncológicos por Regional de Saúde e a inclusão de um dentista regulador no Estado a fim de proporcionar maior equidade e agilidade nos atendimentos. Foi estipulado que até o final de 2016 os encaminhamentos aos hospitais sejam totalmente regulados.

A Coordenação Estadual de Saúde Bucal, em relação à Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer de boca, atua fazendo a intermediação entre o Ministério da Saúde e municípios, o que inclui organização, administração, fiscalização, orientações e auxílio no planejamento de videoconferências, webconferências, reuniões com a CIR, reunião com gestores e encontros. Já os municípios são responsáveis pela execução das ações e prestação direta dos serviços.

## **Discussão**

Em um sistema de RAS, busca-se a integração das ações e serviços de saúde, a fim de promover atenção contínua e integral aos usuários. A APS é o centro de comunicação da RAS e também a porta de entrada ao sistema de saúde, que coordena o fluxo assistencial do usuário (ARRUDA et al., 2015; MENDES, 2010, 2011; VARGAS et al., 2015b). Neste estudo, a APS foi referida como o local do primeiro atendimento ao paciente com câncer de boca, que é encaminhado para a AS, quando há suspeita de lesão maligna.

Os resultados demonstraram que o diagnóstico clínico de lesões bucais com suspeita de malignidade, como interpretação de dados da anamnese, exame clínico e exames de imagem, é realizado em todos os municípios ou Instituições de Ensino pesquisados. Este, geralmente é feito na AS (85,7%), seguido por APS (38,8%). Em casos de impossibilidade de fazer ou confirmar o diagnóstico clínico de lesões suspeitas, os participantes informaram que encaminham para AT, para AS e para clínicas de IES. Isto está de acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) que evidencia a importância do diagnóstico de lesões bucais e a garantia da atenção em outros pontos da rede, se necessário.

Os dados qualitativos apontaram que o diagnóstico de câncer de boca, geralmente, é tardio, quando os pacientes já se encontram com a doença em estágio avançado, o que condiz com a literatura (BONFANTE et al., 2014; CASATI et al., 2012; JAFARI et al., 2013; MURPHY et al., 2016; ONIZAWA et al., 2003; SEO et al., 2016). Os motivos indicados são decorrentes das práticas profissionais dos

dentistas, que não fazem exame cuidadoso da cavidade bucal e têm dificuldade para detectar lesões iniciais ou com potencial de malignização, bem como relacionados aos pacientes, os quais não consultam periodicamente o serviço odontológico. Estudos também apontam estes motivos (GÜNERI; EPSTEIN, 2014; JOSHI et al., 2014; LOMBARDO et al., 2014; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010; STEFANUTO; DOUCET; ROBERTSON, 2013), com destaque para questões inerentes aos pacientes, que demoram para procurar atendimento após o aparecimento dos sintomas (JAFARI et al., 2013; LE CAMPION et al., 2016; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010; SANTOS et al., 2012; SOMMERFELD et al., 2013; STEFANUTO; DOUCET; ROBERTSON, 2013). No entanto, não se pode responsabilizar apenas os pacientes, mas também é preciso considerar fatores do sistema, tais como a acessibilidade, disponibilidade de tratamento específico e integração entre os serviços (GÜNERI; EPSTEIN, 2014; LOMBARDO et al., 2014), além do nível educacional dos pacientes e acesso a informações sobre a doença (BAISHYA et al., 2015; PANZARELLA et al., 2014; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010; TIWARI et al., 2015).

Diante deste contexto, discute-se a viabilidade de ações de base populacional, como campanhas educativas e rastreamento para identificar lesões com potencial de malignização ou em estágios iniciais do câncer bucal, pois estudos apontam que não há evidências de que estas estratégias reduzam as taxas de mortalidade por câncer de boca (BROCKLEHURST et al., 2010; DOWNER et al., 2006; GALBIATTI et al., 2013; KUJAN et al., 2006; NEMOTO et al., 2015; RETHMAN et al., 2012; SANKARANARAYANAN et al., 2013; SHUMAN et al., 2010; SPEIGHT et al., 2016; TORRES-PEREIRA, 2010; WARNAKULASURIYA et al., 2015). No entanto, o rastreamento em pacientes com fatores de risco, como tabagistas e etilistas, tem apresentado bons resultados para a detecção precoce desta doença (BROCKLEHURST et al., 2010, 2013; SANKARANARAYANAN et al., 2013). Existe também a recomendação do estímulo ao autoexame para identificação de possíveis alterações suspeitas de câncer de boca (ELANGO et al., 2011), porém esta é questionável, pois sua eficácia não

foi comprovada como estratégia de impacto nos indicadores epidemiológicos do câncer de boca, além de poder gerar resultados falso-positivo e, consequentemente, consultas desnecessárias e ansiedade aos pacientes em relação a possibilidade de serem portadores de uma doença grave (SCOTT et al., 2010). Além disso, estudos sugerem a implementação e fortalecimento de políticas públicas de controle dos fatores de risco (CONWAY et al., 2008; PERDOMO et al., 2016) e estratégias que ampliem o conhecimento dos cirurgiões-dentistas e da população em relação à doença (LE CAMPION et al., 2016; MESSADI, 2013; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010; SOMMERFELD et al., 2013) como formas de reduzir a incidência de câncer de boca e os danos causados por este.

A biópsia é o procedimento cirúrgico no qual uma parte, ou toda a lesão, é removida para posterior estudo de suas características histológicas e é fundamental para o diagnóstico definitivo de câncer de boca (VAN DER WAAL et al., 2011). Pode ser realizada na APS, caso a equipe sinta-se capacitada para exercer a técnica de coleta e a interpretação dos resultados, ou na AS, que é o local de referência (BRASIL, 2008b).

Apesar dos dados terem sido coletados em municípios que possuem CEO, um deles referiu que este procedimento não é executado, o que chamou atenção pois contradiz o que é preconizado para funcionamento dos CEO, cujo diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer de boca, deve ser uma ação prioritária (BRASIL, 2006).

O local da rede mais citado pelos participantes para a realização de biópsia foi a AS (85,4%). Também são realizadas na AT (27,1%) e clínicas de IES (27,1%). Apenas 6,3% destes procedimentos são feitos na APS. Estudo realizado no Estado do Ceará, Brasil, demonstrou que a maioria dos dentistas da APS (74,1%) considerou-se incapaz de realizar biópsias pelos motivos de nunca terem feito antes (57,4%), pela falta de conhecimento técnico (18,5%) ou por medo de hemorragia descontrolada (7,4%) (SOUZA et al., 2014a).

Os serviços que realizam os procedimentos de Estomatologia devem ter fluxos e referências para o encaminhamento dos materiais retirados da cavidade bucal para análise histopatológica, de preferência para laboratórios com especialistas em Patologia Bucal. Caso esta referência não exista, sugere-se aos gestores a vinculação ao serviço de anatomia patológica já existente na rede (BRASIL, 2008b).

Segundo a maioria dos participantes (73,5%), no município ou IES há protocolos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análise histopatológica. Os materiais coletados na biópsia são encaminhados para análise histopatológica em laboratórios de patologia bucal (50,0%) e em laboratórios médicos (47,9%). Os participantes da entrevista semiestruturada afirmaram que a formação específica em Odontologia é muito importante para analisar os exames e peças de biópsia, no entanto, laboratórios específicos de patologia bucal só existem em três IES em Santa Catarina. A inexistência de serviços de patologia bucal no âmbito do SUS (BRASIL, 2016) foi também constatada em estudo realizado no mesmo Estado (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014). Isto pode ser explicado pela carência de profissionais especialistas em Patologia Bucal, em Santa Catarina, pois são apenas 12 (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA, 2016) e a maioria destes (75%) atua em Faculdades de Odontologia (BRASIL, 2016).

Os CEO foram apresentados como referência para diagnóstico definitivo de câncer bucal e citados como fundamentais para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal, pois proporcionam continuidade da assistência ao usuário, sem rompimento da linha de cuidado e contribuem para integralidade em saúde bucal (MELLO et al., 2014; MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011; SOUZA et al., 2015). No entanto, faltam estudos sobre o impacto dos CEO nos indicadores de incidência e morbimortalidade do câncer da boca no Brasil (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Os dados qualitativos indicaram que a maioria dos profissionais de referência para diagnóstico de câncer bucal são os especialistas em

Cirurgia Bucomaxilofacial (CBMF), lotados nos CEO, e que há poucos Estomatologistas atuando na AS. Esta carência de profissionais desta especialidade atuando na AS também foi constatada em estudos anteriores (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014; MELLO et al., 2014). Já nos dados quantitativos, mais da metade dos entrevistados (59,2%) indicaram que há especialistas em Estomatologia exercendo a função. Esta diferença entre os dados qualitativos e quantitativos pode ser explicada porque estes últimos incluíram as IES com cursos de Odontologia, onde alguns destes especialistas (33,3%) fazem parte do corpo docente.

As IES com cursos de Odontologia fazem atendimento de pacientes com câncer de boca e oferecem atenção tanto nas etapas de detecção das lesões e confirmação do diagnóstico, como também durante e após o tratamento oncológico. Assim, são consideradas importantes pontos de referência e, algumas vezes, imprescindíveis, por oferecerem serviços não ofertados pela rede pública (MELLO et al., 2014; MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011), como os laboratórios de patologia bucal, por exemplo. Esta integração do ensino com o serviço proporciona benefícios para a população, que recebe um atendimento qualificado, para os acadêmicos, que aprendem com situações reais, o que torna o conhecimento mais significativo, e para os profissionais de saúde da rede, que recebem incentivos para educação permanente (BALDOINO; VERAS, 2016; BREHMER; RAMOS, 2014; MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011; VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016). No entanto, para possibilitar a plena integração das IES à rede, há a necessidade maior formalização e institucionalização, como mecanismos de referência e contrarreferência com os outros pontos da rede, sistema de regulação e sistema de informação (MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011).

Após a confirmação do diagnóstico de câncer de boca, geralmente os pacientes são encaminhados para a AT (90,9%), em hospitais de referência, que se localizam em 11 municípios do Estado: Chapecó, Joaçaba, Porto União, Lages, Criciúma, Itajaí, Blumenau, Joinville, Jaraguá do Sul, Florianópolis e Tubarão (SECRETARIA DE

ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016). Esta centralidade da atenção dos serviços de referência para o tratamento do câncer foi apontada como uma dificuldade para pacientes que residem em outros municípios, assim como em outros estudos (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010; SOMMERFELD et al., 2013). Diante deste problema, discute-se nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) a necessidade de ter um hospital de referência em cada Região de Saúde.

Cirurgia, radioterapia e quimioterapia são modalidades terapêuticas utilizadas, isoladas ou conjuntamente, no tratamento do câncer de boca. Geralmente o tratamento é definido pela equipe médica, diante das características da lesão, estágio da doença e do estado de saúde geral do paciente (BRASIL, 2015; GALBIATTI et al., 2013; SEO et al., 2016)

O câncer de boca e seu tratamento impactam negativamente a qualidade de vida dos pacientes, pois podem provocar alterações funcionais e estéticas (GALBIATTI et al., 2013; SOMMERFELD et al., 2012) e depende de um complexo trabalho interdisciplinar (BOSSI; ALFIERI, 2016; LICITRA et al., 2016; PINTO; GARDANO; MONT'ALVERNE, 2015), sendo que o cirurgião dentista realiza papel importante na prevenção e controle dos efeitos colaterais do tratamento oncológico e reabilitação do paciente (CORREIA et al., 2013; DEVI; SINGH, 2014; JAWAD; HODSON; NIXON, 2015a, 2015b; LEMOS JUNIOR et al., 2013; ROSALES et al., 2009).

Antes de sofrer radiação na região de cabeça e pescoço, é muito importante que focos de infecção em boca sejam eliminados, para reduzir os efeitos colaterais agudos, como mucosite e infecções orais, e crônicos, como a osteorradionecrose (ALTERIO et al., 2007; DEVI; SINGH, 2014; FREITAS et al., 2011; GONZÁLEZ-ARRIAGADA et al., 2010; PAIVA et al., 2010; ROSALES et al., 2009). Além disso, para diminuir o risco e a gravidade das lesões de mucosite, recomendam-se orientações sobre higiene oral, alimentação adequada (DEVI; SINGH, 2014) e a utilização da terapia com laser de baixa potência previamente

à radioterapia e/ ou quimioterapia (BRASIL, 2015; FIGUEIREDO et al., 2013; LALLA et al., 2014).

Desta forma, a rede deve estar preparada para oferecer procedimentos odontológicos eficazes em curto espaço de tempo antes do início do tratamento oncológico. Neste estudo, percebeu-se esta conduta em 90,9% dos municípios ou IES onde se faz tratamento de câncer de boca. Em geral, são realizados na AS e APS. No entanto, algumas vezes, devido à urgência, ou mesmo, à indisponibilidade para a avaliação odontológica, alguns pacientes não são avaliados previamente, o que aumenta o risco de complicações (PAIVA et al., 2010).

Serviços de imagem também são muito importantes para o diagnóstico e plano de tratamento do paciente oncológico para avaliação do acometimento ósseo pela doença, para detectar lesões periapicais, cárie, extensão de doença periodontal e raízes residuais (JANSMA et al., 1992; WALKER et al., 2011). Apesar de grande parte dos municípios oferecerem radiografias intrabucais (AGUILERA et al., 2014; GODOI; MELLO; CAETANO, 2014), há carência de outros tipos de exames de imagem para Odontologia, como ressonância magnética, tomografias e radiografias extraorais. Estas últimas, em especial as radiografias panorâmicas, apresentam a vantagem de possibilitar a observação dos arcos dentais em uma única película, o que facilita o diagnóstico e planejamento odontológico do paciente com câncer de boca, além de serem fundamentais para exames em pacientes com limitação de abertura de boca ou com tumores localizados em regiões que dificultam a execução de radiografias intraorais.

Durante o tratamento oncológico, o cirurgião-dentista deve atuar no controle da higiene bucal e dos efeitos colaterais, como mucosite, xerostomia, candidíase e osteorradionecrose. Prescrições de medicamentos, de substituto salivar, orientações sobre higiene, alimentação, hidratação e laserterapia são alternativas para estas intercorrências (DEVI; SINGH, 2014; LEMOS JUNIOR et al., 2013; PAIVA et al., 2010). Neste estudo, o tratamento dos efeitos colaterais do tratamento oncológico foi apontado pela maioria (72,7%) dos



participantes. No entanto, 9,1% responderam que não é realizado, o que se torna preocupante, já que os efeitos colaterais podem debilitar ainda mais os pacientes e até provocar a interrupção do tratamento oncológico (LEMONS JUNIOR et al., 2013). Além disso, a terapia com laser de baixa potência é oferecida apenas em alguns hospitais do Estado, apesar de ser uma opção terapêutica não invasiva que auxilia no controle da mucosite oral (FIGUEIREDO et al., 2013; LALLA et al., 2014; MIGLIORATI et al., 2013; MINAMISAKO, 2015).

Em relação à assistência farmacêutica, percebeu-se que a maioria dos medicamentos utilizados nos controles dos efeitos colaterais do tratamento de câncer de boca são fornecidos aos pacientes pela rede pública. No entanto, o flúor para uso tópico, indicado pela literatura para a prevenção de cáries (BEECH et al., 2014; DEVI; SINGH, 2014; JANSMA et al., 1992; WALKER et al., 2011), não está disponível, apesar do tratamento radioterápico aumentar o risco desta doença.

O tratamento cirúrgico, muitas vezes, causa danos à estética e à função do paciente, como mastigação, deglutição e fala (LEITÃO; DUARTE; BETTEGA, 2013; MOURA et al., 2014). A prótese bucomaxilofacial, realizada por dentistas de especialidade de mesmo nome (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2005), é uma alternativa para atenuar estas sequelas, melhorar a autoestima, a qualidade de vida e favorecer a reinserção do paciente à sociedade (IRISH et al., 2009; KUMAR et al., 2013). No entanto, em Santa Catarina, não há especialistas em prótese bucomaxilofacial atuando pelo SUS, o que foi indicado como uma fragilidade da rede. Provavelmente isto acontece pela escassez de profissionais, já que há apenas uma especialista nesta área atuando no Estado (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA, 2016). No ano de 2016, a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina fez convênio com esta profissional, o que possibilitou a reabilitação com este tipo de prótese aos pacientes que necessitarem, após completarem o tratamento oncológico.

Após o tratamento oncológico, o paciente também necessita de acompanhamento odontológico, diante das sequelas do tratamento

radioterápico, como a xerostomia, que aumenta o risco de cárie e infecções bucais fúngicas e bacterianas. Além disso, a manutenção da saúde oral deve ser intensificada também pelo fato de exodontias na região irradiada apresentarem grandes chances de complicações (DEVI; SINGH, 2014; FREITAS et al., 2011; LEMOS JUNIOR et al., 2013; PAIVA et al., 2010). Assim, a contrarreferência após o tratamento oncológico é fundamental para continuidade do cuidado ao paciente. Na pesquisa quantitativa, aproximadamente 70% dos participantes indicaram que há contrarreferência após o tratamento oncológico. Já na qualitativa, informaram que não é realizada frequentemente, assim como foi descrito em outros estudos (ALMEIDA et al., 2010; BRONDANI et al., 2016; CHAVES et al., 2012; HARRIS et al., 2007; MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2015; SAMPAIO et al., 2015; SOUSA et al., 2014b). São necessários mais estudos relacionados a contrarreferência para esclarecer se realmente não está sendo realizada, se este fluxo está sendo utilizado apenas em caso de solicitação de procedimentos odontológicos, previamente ao tratamento oncológico, ou se está sendo feita, mas os profissionais não estão recebendo.

Os mecanismos de referência e contrarreferência favorecem a integração entre os pontos de atenção, a comunicação, a troca de experiência entre os profissionais de saúde (ERDMANN et al., 2013; SOUSA et al., 2014b) e a coordenação do cuidado (LOMBARDO et al., 2014). Os resultados demonstraram predomínio de encaminhamento de pacientes via contato direto com o setor de referência. Isto pode ser devido à ansiedade dos profissionais em garantir o acesso aos pacientes a outros pontos de atenção, diante da gravidade da doença. No entanto, torna este processo informal, sem critérios de priorização, o que pode beneficiar alguns pacientes, em detrimento de outros (ALMEIDA et al., 2010). O mecanismo de regulação visa à equidade no acesso, a integralidade da atenção e a organização dos fluxos de assistência (ALMEIDA et al., 2010; FERREIRA et al., 2010; RODRIGUES et al., 2014). Este foi apontado por pouco menos da metade dos participantes. Apesar disso, os participantes da pesquisa qualitativa afirmaram que há uma tendência de priorizar a regulação do acesso em Santa Catarina.

Detectou-se neste estudo que há poucos dentistas reguladores atuando no Estado, o que faz com que a regulação seja feita geralmente por profissionais de outras áreas, podendo causar dificuldades para estes e prejuízo na integração entre os pontos de atenção. Isto porque o papel do regulador é complexo, pois eles devem fazer a análise, o estabelecimento de prioridades, a aplicação de protocolos de regulação e gestão do acesso aos serviços, a partir das informações repassadas pelos profissionais e do conhecimento da rede (BRASIL, 2008c; MENDES, 2011; ROHDEN; COSTA; SILVA, 2013). Diante disto, discute-se nas CIR a inclusão de dentistas reguladores no Estado a fim de proporcionar maior equidade e organização no acesso aos serviços odontológicos.

A maioria dos participantes afirmou haver protocolos e fluxos de encaminhamento de pacientes com suspeita ou confirmação de câncer de boca. Isto é muito importante porque estes visam à organização da demanda, indicam o funcionamento dos serviços, estabelecem critérios de priorização do acesso, norteiam os profissionais de saúde e reguladores e qualificam os fluxos e atendimentos. (ALMEIDA et al., 2010; ERDMANN et al., 2013; MELLO; COSTA; SILVA, 2013; PROTASIO et al., 2014)

Problemas na comunicação entre os profissionais ao referenciar pacientes foram apontadas neste estudo, diante de encaminhamentos com descrições pouco detalhadas, que dificultam a atuação do regulador e a priorização dos agendamentos. Isto também foi constatado em outros estudos (FERREIRA et al., 2010; LOMBARDO et al., 2014; ROHDEN; COSTA; SILVA, 2013). É importante que o regulador identifique estas fragilidades e procure resolvê-las através de contato com os profissionais de saúde, de educação permanente e/ ou de parcerias com IES (MEURER; ZIMMERMANN; GRANDO, 2016; ROHDEN; COSTA; SILVA, 2013). Dificuldades na integração entre os pontos de atenção e comunicação entre os profissionais também foram citadas devido à escassez de serviços de saúde em Santa Catarina que dispõem de prontuários eletrônicos integrados, já que estes favorecem a disseminação de informação de pacientes entre os pontos de atenção e a coordenação do cuidado e continuidade do cuidado (BRETON et al.,

2012; ERDMANN et al., 2013; GIOVANELLA et al., 2009; VARGAS et al., 2015b).

Não foram observadas dificuldades em relação à obtenção de transporte em saúde, mas sim em relação a grandes distâncias percorridas pelos pacientes para receber determinados tratamentos, que geralmente são oferecidos em municípios de grande porte, o que dificulta o acesso de pacientes aos serviços de saúde (AGUILERA et al., 2013, 2014; DE PAULA et al., 2016; SOUSA et al., 2014b). Além da dificuldade de acesso aos serviços com maior densidade tecnológica, os pacientes de municípios de pequeno porte geralmente utilizam uma rede com pouca integração entre os pontos de atenção e com profissionais com mais dificuldade para fazer diagnóstico precoce de lesões bucais e descrevê-las ao referenciar os pacientes. Isto provavelmente acontece devido à dificuldade de municípios menores em contratar e manter profissionais de saúde, em ter pessoal qualificado para trabalhar na gestão de serviços e em criar protocolos clínicos e regulamentações (AGUILERA et al., 2013).

Em relação aos Sistemas de Informação em Saúde, os participantes indicaram que, apesar da organização das RAS em SC, ainda parece não haver impacto nos indicadores de morbidade e mortalidade da doença. Um descompasso entre os avanços na organização dos sistemas de saúde e no conhecimento técnico científico sobre câncer de boca e a redução dos indicadores também foi identificado por Torres- Pereira e colaboradores (2012). Estudos sugerem que a utilização de Sistemas de Informação em Saúde, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pode contribuir para o planejamento de ações para prevenção e detecção precoce do câncer de boca, pois neste pode-se identificar duas das principais categorias de risco para esta doença: o tabagismo e alcoolismo (RATTI; AMARAL; TORRES-PEREIRA, 2013; TORRES-PEREIRA et al., 2012), embora haja necessidade de reformulação das fichas e do software do SIAB, principalmente em relação a estes itens (RATTI; AMARAL; TORRES-PEREIRA, 2013).

Neste estudo, não foram analisados os elementos constitutivos da RAS População e Modelo de atenção, o que se considera uma limitação. Outras limitações metodológicas podem ser apontadas como a obtenção de dados primários por meio de questionário autoaplicável, cujas informações dependeram da interpretação e resposta dos gestores; o questionário estruturado não ter sido validado; nem todos os participantes colaboraram com a pesquisa; os questionários foram enviados via correio eletrônico, podendo causar desconforto ou inviabilizar a participação daqueles não familiarizados com esta tecnologia; a obtenção de dados qualitativos e quantitativos, por vezes não compatíveis entre si, e de dados secundários, que dependem da correta alimentação dos bancos de dados; bem como limitada quantidade de entrevistados na etapa qualitativa, pois há poucas pessoas envolvidas na gestão pública nessa área.

## **Conclusão**

Os resultados do estudo mostraram que em Santa Catarina existem pontos de atenção que oferecem serviços nas etapas de diagnóstico e tratamento de câncer de boca (antes, durante e após), no âmbito da Odontologia. Eles estão organizados de acordo com a densidade tecnológica, sendo que os que concentram mais tecnologia, como os hospitais para tratamento de câncer de boca, localizam-se em poucos municípios de grande porte, enquanto os CEO estão mais distribuídos pelo Estado. Estes são as principais referências da APS para diagnóstico definitivo de lesões bucais, sendo fundamentais para continuidade do cuidado em saúde. As IES com cursos de Odontologia são importantes pontos de atenção para diagnóstico e tratamento de câncer de boca, além de proporcionarem serviços não oferecidos pela rede pública, como laboratórios de patologia bucal, e atuar na educação permanente de estudantes e profissionais.

A integração entre os pontos de atenção varia entre municípios. Nos de pequeno porte, predominam encaminhamentos informais e/ou com descrições pouco detalhadas, o que prejudica a continuidade e integralidade do cuidado ao paciente. Geralmente, os municípios de grande porte encontram-se em estágio mais avançado neste sentido, por

meio da instituição de sistemas de regulação, prontuário eletrônico, protocolos e fluxos de referência e contrarreferência.

As principais fragilidades encontradas estiveram relacionadas à centralização de tratamentos mais complexos em poucos hospitais do Estado, dificultando o acesso a pacientes de municípios distantes; existência de alguns municípios do Estado sem CEO de referência; dificuldade das IES manterem serviços com funcionamento regular; escassez de protocolos que definam fluxos de encaminhamento para IES; poucos serviços de radiologia que ofereçam radiografias extrabucais e laboratórios de histopatologia com dentistas credenciados para analisar os exames e fazer laudos; realização de muitos encaminhamentos aos serviços de referência de maneira informal; carência de estomatologistas e especialista em prótese bucomaxilofacial atuando na rede pública e de dentistas no âmbito da regulação.

Os avanços e conquistas que estão contribuindo para consolidação da RAS são a utilização de prontuário eletrônico integrado em alguns serviços, a criação de fluxos e protocolos de referência e contrarreferência em alguns municípios, convênio com especialista em prótese bucomaxilofacial, a regulação em saúde e o estímulo para implantação de centrais de regulação em todo o Estado, inclusive para os encaminhamentos para os CEO.

Apesar de avanços na organização da RAS, muitos pacientes ainda são diagnosticados em estágios avançados da doença, o que acarreta pior prognóstico e diminuição da taxa de sobrevida. Para superação destas limitações é necessário fortalecer a APS para que haja o estímulo a ações que favoreçam o diagnóstico precoce de câncer de boca. Além disso, são importantes políticas públicas que visem controle dos fatores de risco, com vistas à prevenção do câncer de boca, e estratégias que ampliem o conhecimento dos cirurgiões-dentistas e da população em relação à doença. Para ofertar atenção contínua e integral aos usuários acometidos por câncer de boca é preciso ampliar a integração entre os pontos, especialmente em municípios de pequeno porte e distantes dos grandes centros urbanos.

## Referências

AGUILERA, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 4, p. 1021–1040, ago. 2013.

AGUILERA, S. L. V. U. et al. Intermunicipal inequities in access and use of secondary health services in the metropolitan area of Curitiba. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 3, p. 654–667, set. 2014.

ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, fev. 2010.

ALTERIO, D. et al. Cancer treatment-induced oral mucositis. **Anticancer research**, v. 27, n. 2, p. 1105–25, 2007.

ARRUDA, C. et al. Health care networks under the light of the complexity theory. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 169–173, 2015.

BAISHYA, N. et al. A Pilot Study on Factors Associated with Presentation Delay in Patients Affected with Head and Neck Cancers. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 16, n. 11, p. 4715–4718, 26 jun. 2015.

BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, p. 17–24, 2016.

BEECH, N. et al. Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. **Australian Dental Journal**, v. 59, p. 20–28, 2014.

BONFANTE, G. M. DA S. et al. Specific 5-year oral cancer survival and associated factors in cancer outpatients in the Brazilian Unified

National Health System. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, n. 5, p. 983–97, maio 2014.

BOSSI, P.; ALFIERI, S. The Benefit of a Multidisciplinary Approach to the Patient Treated with (Chemo) Radiation for Head and Neck Cancer. **Current treatment options in oncology**, v. 17, n. 10, p. 53, out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **PORTARIA Nº 599 DE 23 DE MARÇO DE 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599\\_23\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica nº 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos 2ª edição ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Regulador/autorizador. SisregIII**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.646, DE 5 DE AGOSTO DE 2014: Institui o componente GraduaCEO - BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências.** Ministério da Saúde, 2014.



Disponível em:  
 <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646\\_05\\_08\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646_05_08_2014.html)>. Acesso em: 22 ago. 2016.

**BRASIL. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**  
**Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à**  
**Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.**Disponível  
 em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 23 ago. 2016.

**BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 516, DE 17 DE**  
**JUNHO DE 2015- Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas**  
**do Câncer de Cabeça e Pescoço.** Ministério da Saúde, 2015.

**BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.**  
 Disponível em:  
 <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp>>. Acesso  
 em: 18 out. 2016.

BREHMER, L. C. D. F.; RAMOS, R. F. S. Experiências de integração  
 ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão  
 integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 16, n. 1, p. :228-37, 2014.

BRENER, S. et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão  
 de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento  
 proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia**, p. 63–69, 2007.

BRETON, M. et al. Management continuity in local health networks.  
**International journal of integrated care**, v. 12, p. e14, jan. 2012.

BROCKLEHURST, P. et al. Screening programmes for the early  
 detection and prevention of oral cancer. **The Cochrane database of**  
**systematic reviews**, n. 11, p. CD004150, 2010.

BROCKLEHURST, P. et al. Screening programmes for the early  
 detection and prevention of oral cancer. In: BROCKLEHURST, P.

(Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2013.

BRONDANI, J. E. et al. Desafios na referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 28 mar. 2016.

CARNUT, L.; FAQUIM, J. P. S. Redes de atenção à saúde: conhecimentos fundamentais para o Técnico em Saúde Bucal. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 114–124, 2014.

CASATI, M. F. M. et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 41, p. 186–191, 2012.

CHAVES, S. C. L. et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3115–3124, nov. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-63/2005 - Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia**, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA. **Especialistas | CROSC**. Disponível em: <<http://www.crosc.org.br/especialistas/.html>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

CONWAY, D. I. et al. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: A systematic review and meta-analysis of case-control studies. **International Journal of Cancer**, v. 122, n. 12, p. 2811–2819, 15 jun. 2008.

CORREIA, C. et al. Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. **J Health Sci Inst**, v. 31, n. 4, p. 368–72, 2013.

DE PAULA, C. C. et al. Factors that affect first contact access in the primary health care: integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 4056, 7 jan. 2016.

DEVI, S.; SINGH, N. Dental care during and after radiotherapy in head and neck cancer. **National journal of maxillofacial surgery**, v. 5, n. 2, p. 117–25, 2014.

DOWNER, M. C. et al. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. **Oral oncology**, v. 42, n. 6, p. 551–60, jul. 2006.

ELANGO, K. J. et al. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. **Oral Oncology**, v. 47, n. 7, p. 620–624, 2011.

ERDMANN, A. L. et al. Organização das práticas de cuidado na rede de atenção à saúde. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 10, n. 1, 2011.

ERDMANN, A. L. et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131–139, fev. 2013.

FERREIRA, J. B. B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 345–358, jun. 2010.

FIGUEIREDO, A. L. P. et al. Laser terapia no controle da mucosite oral: um estudo de metanálise. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 467–474, set. 2013.

FORD, P. J.; FARAH, C. S. Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement. **Journal of Cancer Policy**, 2013.

FREITAS, D. A. et al. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 6, p. 1103–1108, dez. 2011.

GALBIATTI, A. L. S. et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 2, p. 239–247, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783–794, jun. 2009.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F. DE; CAETANO, J. C. An oral health care network organized by large municipalities in Santa Catarina State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, n. 2, p. 318–32, fev. 2014.

GONZÁLEZ-ARRIAGADA, W. A. et al. Criterios de Evaluación Odontológica Pre-Radioterapia y Necesidad de Tratamiento de las Enfermedades Orales Post-Radioterapia en Cabeza y Cuello. **International journal of odontostomatology**, v. 4, n. 3, p. 255–266, dez. 2010.

GÜNERI, P.; EPSTEIN, J. B. Late stage diagnosis of oral cancer: components and possible solutions. **Oral oncology**, v. 50, n. 12, p. 1131–6, dez. 2014.

HARRIS, M. et al. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2–3, p. 96–110, mar. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER. **Estimativa 2016- Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

IRISH, J. et al. Quality of life in patients with maxillectomy prostheses. **Head & neck**, v. 31, n. 6, p. 813–21, jun. 2009.

JAFARI, A. et al. Delay in the diagnosis and treatment of oral cancer. **Journal of dentistry (Shīrāz, Iran)**, v. 14, n. 3, p. 146–50, set. 2013.

JANSMA, J. et al. Protocol for the prevention and treatment of oral sequelae resulting from head and neck radiation therapy. **Cancer**, v. 70, n. 8, p. 2171–80, 15 out. 1992.

JAWAD, H.; HODSON, N. A.; NIXON, P. J. A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 2. **British dental journal**, v. 218, n. 2, p. 69–74, jan. 2015a.

JAWAD, H.; HODSON, N. A.; NIXON, P. J. A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 1. **British dental journal**, v. 218, n. 2, p. 65–8, jan. 2015b.

JOSHI, P. et al. Delay in seeking specialized care for oral cancers: experience from a tertiary cancer center. **Indian journal of cancer**, v. 51, n. 2, p. 95–7, jan. 2014.

KUJAN, O. et al. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 3, p. CD004150, 2006.

KUMAR, P. et al. Assessment of the quality of life in maxillectomy patients: A longitudinal study. **The journal of advanced prosthodontics**, v. 5, n. 1, p. 29–35, fev. 2013.

LALLA, R. V et al. **MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy** **Cancer**, 2014.

LE CAMPION, A. C. O. V. et al. Characterization of diagnostic delay in oral and oropharyngeal cancer at two referral centers. **Cad. saúde colet.**, v. 24, n. 2, 2016.

LEITÃO, B. F. B.; DUARTE, Í. V.; BETTEGA, P. B. Pacientes com câncer de cavidade bucal submetidos à cirurgia:: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. **Revista da SBPH**, v. 16, n. 1, p. 113–140, 2013.

LEMOS JUNIOR, C. A. et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas Oral cancer based on scientific evidences. **Rev assoc paul cir dent**, v. 67, n. 3, p. 178–86, 2013.

LICITRA, L. et al. Evaluation of the benefit and use of multidisciplinary teams in the treatment of head and neck cancer. **Oral Oncology**, v. 59, p. 73–79, ago. 2016.

LOMBARDO, E. M. et al. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1223–1232, 2014.

MANGALATH, U. et al. Recent trends in prevention of oral cancer. **Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry**, v. 4, n. Suppl 3, p. S131-8, dez. 2014.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 629–636, 10 mar. 2015.

MARRON, M. et al. Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. **International journal of epidemiology**, v. 39, n. 1, p. 182–96, fev. 2010.

MELLO, M. DE S. N.; COSTA, A. M.; SILVA, M. L. B. **Análise Sobre a Regulação dos Serviços Odontológicos do Complexo Regulador de Florianópolis: uma ferramenta para a gestão**. Florianópolis: PEREIRA, Maurício Fernandes et al., v. 8, 2013.

MELLO, A. L. S. F. DE et al. Saúde Bucal na Rede de Atenção e Processo de Regionalizacão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205–214, jan. 2014.

MELLO, A. L. S. F. DE; MOYSÉS, S. J.; CARCERERI, D. L. Ensino ou Serviço? A Universidade e o Curso de Odontologia na rede de

atenção à saúde bucal. **O MUNDO DA SAÚDE**, v. 35, n. 4, p. 364–372., 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2.<sup>a</sup> edição ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MESSADI, D. V. Diagnostic aids for detection of oral precancerous conditions. **International journal of oral science**, v. 5, n. 2, 2013.

MEURER, M. I.; ZIMMERMANN, C.; GRANDO, L. J. Proposta de um roteiro de apoio à descrição de lesões bucais como instrumentalização para a comunicação profissional. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 3, p. 2–15, 2016.

MIGLIORATI, C. et al. Systematic review of laser and other light therapy for the management of oral mucositis in cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, v. 21, n. 1, p. 333–341, 22 jan. 2013.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MINAMISAKO, M. C. **Estudo comparativo de diferentes protocolos de laserterapia na ação analgésica e no reparo da mucosite oral radioinduzida associada ou não à quimioterapia**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

MOURA, L. K. B. et al. Integrative review on oral cancer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 5, p. 164, 1 dez. 2014.

MURPHY, C. T. et al. Survival Impact of Increasing Time to Treatment Initiation for Patients With Head and Neck Cancer in the United States. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 34, n. 2, p. 169–78, 10 jan. 2016.

NEMOTO, R. P. et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 81, n. 1, p. 44–49, jan. 2015.

OCAMPO-RODRÍGUEZ, M. V. et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 12, n. 24, p. 114–129, 2013.

ONIZAWA, K. et al. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. **Oral oncology**, v. 39, n. 8, p. 781–8, dez. 2003.

PAIVA, M. D. E. B. et al. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica Oral complications of cancer therapy. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 1, 2010.

PANZARELLA, V. et al. Diagnostic delay in oral squamous cell carcinoma: the role of cognitive and psychological variables. **International journal of oral science**, v. 6, n. 1, p. 39–45, mar. 2014.

PERDOMO, S. et al. Head and neck cancer burden and preventive measures in Central and South America. **Cancer Epidemiology**, v. 44, p. S43–S52, set. 2016.

PINTO, G. P. DE; GARDANO, D.; MONT 'ALVERNE, B. Neoplasias de cabeça e pescoço: impactos funcionais e na qualidade de vida. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 44, n. 3, p. 152–156, 2015.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa.

PUCCA, G. A. et al. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **Journal of dental research**, v. 94, n. 10, p. 1333–7, out. 2015.

RATTI, A.; AMARAL, R.; TORRES-PEREIRA, C. O sistema de informação da atenção básica (SIAB) como ferramenta para verificar



possíveis indicadores de câncer bucal. **J Health Sci Inst**, v. 31, n. 3, p. 262–8, 2013.

RETHMAN, M. P. et al. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. **Texas dental journal**, v. 129, n. 5, p. 491–507, maio 2012.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343–352, fev. 2014.

ROHDEN, N. T.; COSTA, A. M.; SILVA, M. L. B. Análise sobre a Inserção da Especialidade de Estomatologia do Hospital Universitário no Sistema de Regulação de Florianópolis e seus Benefícios na Prática Odontológica. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v. 13, p. 25–45, 2013.

ROSALES, A. C. DE M. N. et al. Dental needs in brazilian patients subjected to head and neck radiotherapy. **Brazilian Dental Journal**, v. 20, n. 1, p. 74–77, 2009.

SAMPAIO, E. T. DE M. et al. Acesso ao Tratamento do Câncer Bucal na região do colegiado de gestão regional de Campinas – SP: estudo de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 150–55, 2015.

SANKARANARAYANAN, R. et al. Long term effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a randomized trial in Kerala, India. **Oral Oncology**, v. 49, n. 4, p. 314–321, 2013.

SANTOS, L. C. O. DOS; BATISTA, O. DE M.; CANGUSSU, M. C. T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 76, n. 4, p. 416–22, jan. 2010.

SANTOS, V. DE C. B. DOS et al. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 2, p. 159–164, 2012.

SASSI, L. M. et al. Oral cancer prevention: 20 years of anti-tabagism campaign in Paraná, Brazil. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, v. 39, n. 3, 2010.

SCOTT, S. E. et al. Pilot study to estimate the accuracy of mouth self-examination in an at-risk group. **Head & Neck**, v. 32, n. 10, p. 1393–1401, 9 fev. 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, ESTADO DE SANTA CATARINA. Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer. Florianópolis, 2016.

SEO, B.-Y. et al. Changes in the management and survival rates of patients with oral cancer: a 30-year single-institution study. **Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 42, n. 1, p. 31, 2016.

SHUMAN, A. G. et al. Demographics and efficacy of head and neck cancer screening. **Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, v. 143, n. 3, p. 353–360, 2010.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, jun. 2011.

SILVA, A. P. et al. Cobertura da atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Norte (RN) à perspectiva do Decreto 7.508/2011 e do GraduaCEO. **Revista da ABENO**, 9 ago. 2015. Disponível em: <<http://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/137>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

SOMMERFELD, C. E. et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 41, n. 4, p. 172–177, 2012.

SOMMERFELD, C. E. et al. Impacto do trabalho integrado em rede no diagnóstico precoce do câncer bucal. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, v. 42, n. 1, 2013.

SOUSA, F. B. et al. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. **Brazilian oral research**, v. 28, n. spe, p. 1–8, 2014a.

SOUSA, F. DE O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1283–1293, abr. 2014b.

SOUZA, G. C. DE A. et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Revista de Salud Pública**, v. 17, n. 3, p. 416–428, 18 nov. 2015.

SPEIGHT, P. M. et al. Screening for oral cancer—a perspective from the Global Oral Cancer Forum. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 0, n. 0, p. 309–316, set. 2016.

STEFANUTO, P.; DOUCET, J.-C.; ROBERTSON, C. Delays in treatment of oral cancer: a review of the current literature. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v. 117, n. 4, p. 424–9, 2013.

TIWARI, V. et al. Identifying the Factors Causing Delayed Presentation of Cancer Patients to a Government Medical College of Central India. **Journal of clinical and diagnostic research: JCDR**, v. 9, n. 9, p. XC09-XC12, set. 2015.

TORRES-PEREIRA, C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? **Brazilian oral research**, v. 24 Suppl 1, p. 37–42, jan. 2010.

TORRES-PEREIRA, C. C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s30–s39, 2012.

VAN DER WAAL, I. et al. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? **Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal**, v. 16, n. 3, p. e300-5, 1 maio 2011.

VARGAS, I. et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 6, p. 705–717, 1 jul. 2015b.

VASCONCELOS, A. C. F. DE; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 147–158, mar. 2016.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 4, p. 360–367, out. 2009.

WALKER, M. P. et al. Impact of Radiotherapy Dose on Dentition Breakdown in Head and Neck Cancer Patients. **Practical radiation oncology**, v. 1, n. 3, p. 142–148, 2011.

WARNAKULASURIYA, S. et al. An appraisal of oral cancer and pre-cancer screening programmes in Europe: a systematic review. **Journal of oral pathology & medicine: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology**, v. 44, n. 8, p. 559–70, set. 2015.

## **5.2 Artigo 2: Trajetórias de assistência das pessoas acometidas por câncer de boca e atendidas em um serviço de referência de Santa Catarina.**

### **Resumo:**

O objetivo foi descrever as trajetórias de assistência, no âmbito da Odontologia, das pessoas com câncer de boca atendidas em serviço especializado de referência localizado em Florianópolis, Santa Catarina, entre os anos de 2010 e 2015. Estudo de natureza transversal, descritiva e exploratória, de base quantitativa. Os dados foram coletados em prontuários de pacientes que tiveram diagnóstico confirmado de câncer de boca do tipo espinocelular entre os anos de 2010 a 2015. Foram analisados dados de 76 prontuários. Os resultados indicaram que um maior número de participantes era procedente de municípios com até 50 Km de distância do serviço de referência, foram encaminhados por cirurgiões-dentistas atuantes na Atenção Primária, por meio do Sistema de Regulação e, após a confirmação do diagnóstico, para um médico especialista em cirurgia de cabeça e pescoço. 69,84% dos participantes estavam com os sintomas há mais de 3 meses e o tempo utilizado pelo serviço de referência para estabelecer o diagnóstico definitivo e informar o resultado ao participante foi inferior a 30 dias para 76,56% dos casos. Concluiu-se que há uma tendência de estruturação de uma rede, de forma a proporcionar atenção contínua, equitativa e integral aos pacientes, a partir da APS e organizada segundo os princípios da regionalização em saúde. No entanto, ainda é preciso fortalecer a organização da RAS e orientar os profissionais de saúde, e também a população, para que os pontos de atenção e fluxos entre estes sejam utilizados adequadamente, otimizando os recursos.

**Decs:** Atenção Secundária à Saúde, Carcinoma de Células Escamosas, Serviços de Saúde Bucal, Assistência à Saúde.

**Abstract:**

Trajectories of assistance coursed by people with mouth cancer and attended at a referral service in Santa Catarina.

The aim of this study was to describe the therapeutic itinerary in dental care conducted by people with oral cancer who were attended at a specialized referral service located in Florianópolis, Santa Catarina, between 2010 and 2015. It was a cross-sectional, descriptive and exploratory, quantitative based research. Data were collected in medical records of patients who had a confirmed diagnosis of squamous cell cancer in mouth between the years 2010 and 2015. Data from 76 medical records were analyzed, among 92 of the sample. The results indicated that a greater number of participants came from municipalities with up to 50 km distance from the referral service, were referred by dental surgeons acting in Primary Care, through the Regulation System and, after confirming the diagnosis, to a medical specialist in head and neck surgery. 69.84% of the participants had symptoms for more than 3 months and the time used by the referral service to establish the definitive diagnosis and report the result to the participant was less than 30 days for 76.56% of the cases. It was concluded that there is a tendency of structuring a network to provide continuous, equitable and integral attention to patients, from primary care and organized following the principles of health regionalization. However, it is still necessary to strengthen the organization oral care network and guide the health professionals, as well as the population, to use properly the points of attention and flows between them, optimizing the resources.

**Mesh:** Secondary Care, Carcinoma, Squamous Cell, Dental Health Services, Delivery of Health Care.

## **Introdução**

Câncer de boca é uma neoplasia maligna que acomete estruturas bucais, como lábio, língua, gengiva, palato, assoalho de boca e mucosa bucal (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016). É considerado um grave problema de saúde, devido sua alta incidência e taxa de mortalidade (RIVERA, 2015; VAN DER WAAL, 2013; WARNAKULASURIYA, 2009).

Este tipo de câncer é mais comum em países em desenvolvimento (FERLAY et al., 2015; GUPTA; JOHNSON; KUMAR, 2016; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; JOSHI et al., 2014b) e em pessoas com baixo nível socioeconômico e educacional (ANDERSEN; LASSEN; CLEMMENSEN, 2008; CONWAY et al., 2008). Estas, estão geralmente mais expostas a fatores de risco evitáveis, como carcinógenos ambientais, álcool, tabaco e agentes infecciosos, e têm menos acesso aos serviços de saúde e à educação, que auxiliam na tomada de decisões para proteger e melhorar a saúde (PETERSEN, 2009).

A estimativa para o Brasil, no ano de 2016, foi de 15.490 casos novos, sendo 11.140 em homens e 4.350 em mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016). Estimaram-se, para Santa Catarina, no ano de 2016, 430 novos casos de câncer de cavidade oral em homens e 90 em mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 13,50 casos novos a cada 100 mil homens e 2,87, a cada 100 mil mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016). Na Região Sul, é o quinto tumor mais comum em homens e o décimo quinto em mulheres, sem considerar os tumores de pele não melanoma (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

O tipo histológico mais incidente é o carcinoma espinocelular, também chamado carcinoma epidermoide ou carcinoma de células escamosas (FELLER; LEMMER, 2012; GALBIATTI et al., 2013; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; JAFARI et al., 2013; MAHAJAN; GUPTA, 2016; VAN DER WAAL, 2013). O diagnóstico se dá pela

avaliação clínica minuciosa da boca e exames complementares, como o exame histopatológico (GÜNERI; EPSTEIN, 2014; MACEY et al., 2015), o que não exige o uso de alta tecnologia.

A identificação de lesões precursoras ou do câncer em estágios iniciais proporciona um tratamento menos agressivo, uma maior sobrevida e mais qualidade de vida ao paciente (FORD; FARAH, 2013; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; RAJARAMAN et al., 2015). No entanto, geralmente o diagnóstico é tardio, quando a doença já se encontra em estágio avançado, o que implica em pior prognóstico e aumento da taxa de mortalidade (BONFANTE et al., 2014; DE CAMARGO CANCELA et al., 2010; FORD; FARAH, 2013; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; LE CAMPION et al., 2016; MURPHY et al., 2016; ONIZAWA et al., 2003; SEO et al., 2016).

O câncer de boca é uma doença agressiva e o tratamento complexo, que demanda uma atenção interdisciplinar (BOSSI; ALFIERI, 2016; LICITRA et al., 2016; PINTO; GARDANO; MONT 'ALVERNE, 2015), englobando vários pontos do sistema de saúde (SOMMERFELD et al., 2013; TORRES-PEREIRA et al., 2012). Estes pontos devem estar integrados, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para que seja oferecida assistência contínua e integral a estes pacientes (SOMMERFELD et al., 2013).

As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, sem hierarquia entre eles, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente (BRASIL, 2010; MENDES, 2010). As RAS visam melhorar o resultado e a qualidade no atendimento em saúde para a população e aumentar a satisfação dos usuários (BRETON et al., 2012; ERDMANN et al., 2011; MENDES, 2010, 2011; OCAMPO-RODRÍGUEZ et al., 2013; RODRIGUES et al., 2014; SILVA, 2011; SOUSA et al., 2014b; VÁZQUEZ et al., 2009).



A organização da RAS, com fluxos bem definidos e ações articuladas, pode contribuir para o direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente necessita, reduzir o tempo de espera em todas as etapas do percurso terapêutico, diminuir os gastos em saúde e proporcionar melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível (AQUINO; VILELA, 2014; ARRUDA et al., 2015).

A identificação da trajetória do paciente na RAS, desde a detecção da lesão até o início do tratamento e do tempo decorrido entre estas etapas, pode indicar como está a organização dos serviços de saúde e a integração entre eles, além das potencialidades e fragilidades (AQUINO; RODRIGUES, 2016; BRUNELLO, 2013). Estas, precisam ser apontadas para que sejam corrigidas, contribuindo para o fortalecimento da RAS.

O objetivo deste estudo foi descrever as trajetórias de assistência, no âmbito da Odontologia, das pessoas com câncer de boca do tipo espinocelular atendidas em serviço especializado de referência, localizado em Florianópolis, Santa Catarina, entre os anos de 2010 e 2015. Além disso, o estudo identificou os principais fatores de risco a que os pacientes tinham sido expostos, tipo de encaminhamento ao serviço, procedimentos realizados, tratamentos indicados e tempos decorridos entre etapas de diagnóstico e início do tratamento de oncológico.

## **Método**

Foi um estudo de natureza transversal, descritiva e exploratória, de base quantitativa.

Os dados foram coletados em prontuários de pacientes que foram atendidos no Ambulatório de Estomatologia, situado no Núcleo de Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário (AE/HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em Florianópolis, Santa Catarina, entre os anos de 2010 a 2015 e tiveram diagnóstico confirmado de câncer de boca do tipo espinocelular (CEC) após exame histopatológico no Laboratório de Patologia Bucal da UFSC (LPB/ UFSC).

O AE/HU destaca-se como importante ponto de atenção neste Estado, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). É um projeto de extensão universitária coordenado pelo Departamento de Patologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em funcionamento desde o ano de 1996, composto por um grupo interdisciplinar e multiprofissional especializado no diagnóstico de lesões bucais (ROHDEN; COSTA; SILVA, 2013). As principais atividades realizadas que se relacionam diretamente ao câncer de boca são: avaliação clínica, exames complementares, biópsias de lesões suspeitas, encaminhamento dos pacientes para tratamento em centros de referência, em caso de confirmação do diagnóstico, e atendimento dos pacientes submetidos à terapia antineoplásica, através do tratamento das alterações estomatológicas decorrentes de cirurgia, quimioterapia e radioterapia (xerostomia, mucosites, candidíases, necessidades odontológicas básicas, como restaurações, exodontias, raspagem e endodontia) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2013). Os materiais retirados da cavidade bucal dos pacientes atendidos no AE/HU são encaminhados para o LPB/UFSC para análise histopatológica. Este é também um projeto de extensão vinculado ao mesmo departamento. Localiza-se no Centro de Ciências da Saúde da UFSC e é o principal centro de exames histopatológicos e anatomopatológico da área de Odontologia em Santa Catarina, com especialistas em patologia bucal (ROHDEN; COSTA; SILVA, 2013).

Escolheu-se iniciar a análise de prontuários a partir de 2010 porque neste ano os pacientes passaram a ser agendados via Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Antes desta data, o atendimento era por livre demanda (MEURER; ZIMMERMANN; GRANDO, 2016; ROHDEN; COSTA; SILVA, 2013).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob número: 1333428. Foi obtida a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a análise de prontuários de pacientes que já haviam falecido. Todos os demais participantes assinaram o TCLE. Além disso,

a direção do Hospital Universitário (HU) manifestou a anuência por meio da assinatura de termo específico.

A identificação dos participantes ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2015 através de pesquisa em registros de atividades (planilhas e agendas) desenvolvidas no LPB/ UFSC e AE/HU entre os anos de 2010 a 2015. 92 pessoas preenchiam os critérios de inclusão para a pesquisa.

Os dados foram coletados no primeiro trimestre de 2016 em uma sala do Hospital Universitário específica para consultar prontuários, mediante agendamentos prévios.

As informações colhidas nos prontuários foram referentes a (o): a) perfil dos participantes: sexo, etnia, idade, município de procedência, fatores de risco; b) encaminhamento ao serviço de referência do AE/HU: data, profissional que referenciou e serviço de atuação, tipo de encaminhamento; c) lesão: localização, tempo de evolução e sintomas; d) atendimento no AE/HU: datas da primeira consulta, da realização da biópsia que confirmou o CEC, da entrega do laudo confirmatório de CEC ao paciente; e) consulta com médico de referência: data da primeira consulta, especialidade, serviço e tratamentos indicados. Utilizou-se um formulário para coleta de dados para nortear a pesquisa.

Os dados foram tabulados com auxílio de planilhas do programa Microsoft Excel®. Para análise, foram geradas as frequências absolutas e relativas das variáveis criadas a partir das informações provenientes da pesquisa. Alguns prontuários não possuíam todos os dados pesquisados. Assim, as frequências relativas foram calculadas a partir do número de informações contidas em cada variável.

Dos 92 participantes incluídos na pesquisa, 41 já haviam falecido. Os demais, foram convidados a colaborar com a pesquisa por meio de contato telefônico ou pessoalmente. Todos aqueles que foram localizados e contatados, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No entanto, não foram localizados 16 pacientes por meio de contato telefônico ou endereço

informado e, consequentemente, estes foram excluídos da pesquisa. Assim, foram analisados dados de 76 prontuários (82,6%).

## **Resultados**

Dos 76 participantes, 64 (84,21%) eram do sexo masculino e 12 (15,79%) do sexo feminino. Em relação à etnia, 66 (86,84%) eram leucodermas, 6 (7,89%) feodermas, 4 (5,26%) melanodermas (Tabela 1).

A idade na data da primeira consulta no serviço de referência variou entre 35 a 89 anos, com média de 59,71 anos e mediana de 60 anos, sendo que o desvio padrão (dp) foi 10,74. A maioria dos participantes tinha entre 60 a 69 anos (36,84%) e 50 a 59 anos (28,95%), seguido da faixa etária de 40 a 49 anos (17,11%), de 70 a 79 (10,53%), mais de 80 (3,95%) e até 39 anos (2,63%) (Tabela 1).

Os participantes eram provenientes de 23 municípios diferentes, do estado de Santa Catarina, agrupados de acordo com a distância do serviço de referência. Desta forma, verificou-se 77,63% dos participantes de municípios com até 50 Km de distância, 6,58% de municípios de 51 a 100km de distância, 5,26%, de 101 a 150km, 5,26%, de 151 a 200 km e municípios com mais de 200km somaram 5,26% (Tabela 1).

Os principais fatores de risco citados foram tabagismo associado com etilismo (66,67%), tabagismo (16,67%), tabagismo, etilismo e exposição prolongada ao sol (5,56%). Outros fatores, como apenas etilismo, exposição prolongada ao sol, histórico familiar ou prótese mal adaptada somaram 7,89%; 2 participantes (2,78%) não apresentaram nenhum fator de risco (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa de participantes da pesquisa, segundo sexo, etnia, idade, procedência e fatores de risco, Florianópolis, 2016.

	n	%
<b>Sexo (n=76)</b>		
Feminino	12	15,79
Masculino	64	84,21
<b>Etnia (n=76)</b>		
Feoderma	6	7,89
Leucoderma	66	86,84
Melanoderma	4	5,26
<b>Idade (em anos) (n=76)</b>		
Até 39	2	2,63
40 a 49	13	17,11
50 a 59	22	28,95
60 a 69	28	36,84
70 a 79	8	10,53
Mais de 80	3	3,95
<b>Procedência (distância do serviço de referência) (n=76)</b>		
Até 50 km	59	77,63
De 51 a 100 km	5	6,58
De 101 a 150 km	4	5,26
De 151 a 200 Km	4	5,26
De 201 a 250 Km	2	2,63
Mais de 250 Km	2	2,63
<b>Fatores de risco (n=72)</b>		
Etilismo	1	1,39%
Exposição prolongada ao sol	1	1,39%
Histórico familiar	2	2,78%
Nenhum fator de risco	2	2,78%
Prótese mal adaptada	2	2,78%
Tabagismo	12	16,67%
Tabagismo e etilismo	48	66,67%
Tabagismo, etilismo, exposição prolongada ao sol	4	5,56%

Fonte: Dados da pesquisa. Florianópolis, 2016.

Os encaminhamentos ao serviço de referência foram realizados especialmente por dentistas (73,53%), atuantes em APS (48,53%), rede privada (17,65%), AT (5,88%) e AS (1,47%). Médicos (22,06%), atuantes na APS (13,24%), AS (4,41%), AT (2,94%), rede privada (1,47%) e alunos de graduação em Odontologia (4,41%) também referenciaram pacientes (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa de profissionais que encaminharam os pacientes ao AE/HU, segundo profissão e serviço de atuação, Florianópolis, 2016.

Serviço de Atuação (n=68)	Aluno de Odontologia		Dentista		Médico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>APS</b>	0	0,00	33	48,53	9	13,24	42	61,76
<b>AS</b>	0	0,00	1	1,47	3	4,41	4	5,88
<b>AT</b>	0	0,00	4	5,88	2	2,94	6	8,82
<b>IES</b>	3	4,41	0	0,00	0	0,00	3	4,41
<b>Rede privada</b>	0	0,00	12	17,65	1	1,47	13	19,12
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>4,41</b>	<b>50</b>	<b>73,53</b>	<b>15</b>	<b>22,06</b>	<b>68</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados da pesquisa. Florianópolis, 2016.

Estes encaminhamentos (n=68) ocorreram por meio do Sistema de Regulação (58,82%), por escrito, por formulário de referência ou receituário (23,53%), de modo não formal - por telefone ou pedido para o paciente comparecer no AE/HU (13,24%) - ou interno, via profissionais do próprio hospital (4,41%).

As lesões bucais malignas informadas nos 76 prontuários localizavam-se, principalmente, em língua (23,68%), assoalho bucal (22,37%), lábio (18,42%) e rebordo alveolar (10,53%). Outras localizações, mucosa jugal, palato, trígono retromolar apareceram em 25% dos casos (Tabela 3).

Apenas 11,59% dos pacientes eram assintomáticos. Entre os sintomas relatados estavam dor (52,17%), ferida ou machucado que não melhora (20,29%), inchaço (10,14%) e outros sintomas (5,80%) (Tabela 3).

O tempo de duração dos sintomas variou de 0 a 36 meses, com média de 6,69 (dp=9,53) e mediana de 4 meses. Este tempo foi de até 3 meses em 30,16% dos casos, de 3 a 6 meses, em 31,75%, de 6 a 9, em 15,87%, de 9 a 12 em 6,35% e mais de 12 meses em 15,87% dos casos (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa de lesões bucais, segundo localização, sintomas e tempo de duração dos sintomas. Florianópolis, 2016.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Localização (n=76)</b>		
Assoalho Bucal	17	22,37
Lábio	14	18,42
Língua	18	23,68
Mucosa jugal	3	3,95
Outras	3	3,95
Palato	7	9,21
Rebordo alveolar	8	10,53
Trígono retromolar	6	7,89
<b>Sintomas (n=69)</b>		
Dor	36	52,17
Ferida que não melhora	14	20,29
Inchaço	7	10,14
Nenhum	8	11,59
Outros	4	5,80
<b>Tempo (sintomas) (n=63)</b>		
Até 3 meses	19	30,16
3 – 6 meses	20	31,75
6 –9 meses	10	15,87
9 –12 meses	4	6,35
Mais de 12 meses	10	15,87

Fonte: Dados da pesquisa. Florianópolis, 2016.

Em relação ao tempo (em dias) entre a data da primeira consulta no AE/HU e a do procedimento de biópsia, verificou-se que o período



mínimo foi de nenhum dia, ou seja, a biópsia foi realizada no mesmo dia da primeira consulta e o máximo foi de 59 dias. A média foi 8,5 dias ( $dp=11,73$ ) e mediana 6,5. Em geral, o período foi inferior a 10 dias (82,35%). Em 8,82% dos casos, o período foi de 11 a 20 dias e em 2,94%, de 21 a 30 dias. Nos outros 5,88% dos casos, o procedimento foi realizado após 31 dias da data da primeira consulta no AE/HU (Tabela 4).

O número de dias entre a data do procedimento de biópsia e a entrega do laudo ao paciente com confirmação de CEC variou de 1 a 56 dias, com média de 19,15 ( $dp=9,63$ ) e mediana 17. Mais da metade dos participantes (50,77%) receberam o diagnóstico definitivo da doença de 11 a 20 dias após a realização do procedimento da biópsia, seguido do período entre 21 a 30 dias (29,23%), de até 10 dias (10,77%), de 31 a 40 dias (4,62%), 41 a 50 (3,08%) e mais de 50 dias (1,54%) (Tabela 4).

O tempo total para os participantes receberem o diagnóstico definitivo de câncer, ou seja, o período entre a data do primeiro atendimento no AE/HU até a data da entrega do laudo confirmatório, houve variação de 3 a 77 dias, com média de 27,8 dias ( $dp=3,73$ ) e mediana 21. Quase metade dos participantes (48,44%) fez esta etapa de 21 a 30 dias e 25%, de 11 a 20 dias. Uma minoria, 3,13%, recebeu o diagnóstico em até 10 dias. Para os outros 23,44% dos participantes, este período foi maior que 30 dias.

O intervalo de tempo entre a data da entrega do laudo confirmatório CEC e a data primeira consulta com o profissional de referência para tratamento de câncer variou de 1 a 66 dias, com média de 4,9 dias ( $dp=9,77$ ) e mediana de 1. O intervalo de tempo de até 10 dias foi o mais frequente (92,98%). Os outros intervalos de tempo a partir de 11 dias somaram 7,01% (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência absoluta e relativa da distribuição do número de dias entre: encaminhamento e 1º atendimento no AE/HU, 1º atendimento no AE/HU e biópsia, biópsia e entrega do laudo, entrega do laudo e 1ª consulta com médico de referência. Florianópolis, 2016.

Nº dias entre:	Encaminhamento e 1º atendimento no AE/HU (n=61)		1º atendimento no AE/HU e biópsia (n=68)		Biópsia e entrega do laudo (n=65)		Entrega do laudo e 1ª consulta com médico (n=57)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Até 10</b>	26	42,62	56	82,35	7	10,77	53	92,98
<b>11 a 20</b>	14	22,95	6	8,82	33	50,77	1	1,75
<b>21 a 30</b>	9	14,75	2	2,94	19	29,23	2	3,51
<b>31 a 40</b>	5	8,20	1	1,47	3	4,62	0	0,00
<b>41 a 50</b>	3	4,92	1	1,47	2	3,08	0	0,00
<b>Mais de 50</b>	4	6,56	2	2,94	1	1,54	1	1,75
<b>Total</b>	61	100,00	68	100,00	65	100,00	57	100,00

Fonte: Dados da pesquisa. Florianópolis, 2016.

Após o diagnóstico definitivo de câncer, 87,32 % dos participantes (n=62) foram encaminhados ao médico cirurgião de cabeça e pescoço (CCP) do HU e 12,68% (n=9) ao CCP do CEPON.

Os tratamentos indicados pelo médico após a confirmação do diagnóstico foram cirurgia (80,33%), radioterapia (50,82%), quimioterapia (29,51%), tratamento odontológico (34,43%), incluindo laserterapia, e outros (16,39%) (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência absoluta e relativa de tratamentos indicados após a confirmação de CEC, segundo tipo de tratamento. Florianópolis, 2016.

<b>Tratamento</b> (n=61)	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cirurgia	49	80,33%	12	19,67%
Radioterapia	31	50,82%	30	49,18%
Quimioterapia	18	29,51%	43	70,49%
Odontológico	21	34,43%	40	65,57%
Outros	10	16,39%	51	83,61%

Fonte: Dados da pesquisa. Florianópolis, 2016.

## Discussão

Os dados referentes à caracterização dos participantes deste estudo foram semelhantes aos encontrados na literatura, como maior incidência no sexo masculino (CASATI et al., 2012; FERLAY et al., 2015; MAHAJAN; GUPTA, 2016; OLIVEIRA et al., 2015; WARNAKULASURIYA, 2009), em pacientes leucodermas (OLIVEIRA et al., 2015; PETERSON et al., 2016; ZANDBERG et al., 2016), na sexta e sétima décadas de vida (OLIVEIRA et al., 2015; WARNAKULASURIYA, 2009), além da associação do tabagismo com etilismo como principais fatores de risco (FELLER; LEMMER, 2012; FERREIRA ANTUNES et al., 2013; GALBIATTI et al., 2013; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; MAHAJAN; GUPTA, 2016; PETERSON et al., 2016; WARNAKULASURIYA, 2009; ZYGOGIANNI et al., 2011).

A maioria (77,63%) era procedente de municípios com até 50 Km de distância do serviço de referência, provavelmente, devido ao processo de regionalização em saúde, o qual contribui para o fortalecimento da RAS e consequente melhora do acesso aos serviços de

saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal (BRASIL, 2006). No entanto, pelo fato de alguns participantes serem de regiões distantes do serviço estudado, percebe-se que há ainda dificuldades para a construção de uma rede regionalizada e integrada, assim como citado em outros estudos (AGUILERA et al., 2013; VARGAS et al., 2015b). Isto se torna preocupante, pois, quanto maior a distância percorrida para acessar o serviço de referência, e tempo exigido para tal trajeto, menor é busca por serviços de saúde e adesão ao tratamento, o que reduz as chances de diagnóstico precoce e as possibilidades de tratamento (HOLMES et al., 2012).

Estudos realizados no Brasil indicaram que pacientes com câncer de boca procuraram mais médicos do que dentistas quando perceberam as primeiras alterações bucais decorrentes da doença (CAMPOS; CHAGAS; MAGNA, 2007; FARIA et al., 2003; KOWALSKI et al., 1994; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010). Faria e colaboradores (2003) sugeriram que a escolha do profissional de saúde por parte dos pacientes depende de como eles percebem a capacidade dos profissionais em diagnosticar e tratar o que acreditam ser seus problemas de saúde. Observaram que pacientes com sintomas como odinofagia e disfagia e com localização da lesão em orofaringe e lábio procuraram mais os médicos. Aqueles com dor e ardência bucal e com alterações no alvéolo ou assoalho bucal consultaram mais os dentistas (FARIA et al., 2003). Os nossos resultados demonstraram que os dentistas foram responsáveis, em maior número, pela detecção de lesões, seguidos pelos profissionais médicos. Esta diferença em relação aos dados encontrados na literatura pode ser devido ao fato de que o serviço onde os prontuários foram analisados é referência em Estomatologia, que é uma especialidade da Odontologia, contando, portanto, com recursos humanos dessa área. Em outro estudo realizado em um Centro de Especialidades Odontológicas, dentistas também detectaram mais lesões que médicos (SANTOS et al., 2012).

A maioria dos pacientes (61,76%) foi diagnosticada pela primeira vez por profissionais que atuam na Atenção Primária (APS), o que está de acordo com o que é preconizado na organização da RAS,

que atribui o papel à APS de porta de entrada principal para o serviço de saúde e de coordenadora do cuidado da população adstrita (ARRUDA et al., 2015; MENDES, 2011; RODRIGUES et al., 2014; VARGAS et al., 2015a, 2016). Quase um quinto dos pacientes que foram atendidos no serviço de referência era da rede privada, possivelmente pela falta de especialistas em Estomatologia no Estado (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA, 2016) atuando no sistema privado (BRASIL, 2016) ou devido ao custo elevado de um tratamento oncológico.

A conexão entre o serviço onde inicialmente são identificadas as lesões bucais e o de referência é fundamental para a continuidade do cuidado (ARRUDA et al., 2015; ERDMANN et al., 2013; VARGAS et al., 2015a). Esta conexão é considerada ideal quando acontece por meio de sistema de regulação (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014; MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015), que torna o acesso aos serviços mais organizado, transparente e equitativo, de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais (MENDES, 2011). No entanto, apesar da inclusão do AE/HU no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) como unidade de atendimento secundário, em 2010 (ROHDEN; COSTA; SILVA, 2013), apenas um pouco mais da metade dos encaminhamentos (58,82%) foi realizada por este sistema.

Formulários de referência ou documentos que descreviam os motivos do encaminhamento foram utilizados em 23,53% dos encaminhamentos. Estes também são estratégias para favorecer a comunicação e integração entre os profissionais da RAS (SOUZA et al., 2015; VARGAS et al., 2015a), especialmente quando contêm informações detalhadas e importantes, que auxiliam os profissionais dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica a realizarem o diagnóstico definitivo e plano de tratamento (LOMBARDO et al., 2014). No entanto, os formulários de encaminhamento de pacientes não excluem a necessidade de padronizar e organizar a atenção à saúde bucal por meio de protocolos ou diretrizes, os quais apresentam critérios de acesso aos serviços e mecanismos de priorização (CHAVES et al., 2012; GODOI; MELLO; CAETANO, 2014; MACHADO; SILVA;

FERREIRA, 2015; VAZQUEZ et al., 2014). Também houve encaminhamentos por meio de outros setores do hospital e de maneira não formal, quando o paciente compareceu ao serviço de referência sem nenhum registro de atendimento anterior, podendo até ter acessado por demanda livre, como observado em outros estudos (CHAVES et al., 2010; SOMMERFELD et al., 2013; SOUZA et al., 2015).

Diante do exposto, percebe-se que a entrada para o serviço de saúde estudado é diferente da dinâmica preconizada, em que os pacientes deveriam ser encaminhados da APS, apenas via sistema de regulação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2013). Isto pode ser devido à intenção de garantir o acesso facilitado e ágil aos pacientes, pois, quando se trata de câncer de boca, o diagnóstico e início de tratamento em curto espaço de tempo podem ser fundamentais para um melhor prognóstico (GÜNERI; EPSTEIN, 2014; MURPHY et al., 2016; SANKARANARAYANAN et al., 2015). Desta forma, é importante a educação permanente dos profissionais da rede sobre protocolos clínicos e de acesso (BRONDANI et al., 2016; MELLO; COSTA; SILVA, 2013) e o fortalecimento do sistema de regulação em saúde, para que se possa garantir a priorização do atendimento aos pacientes com lesões suspeitas de câncer, de acordo com o princípio da equidade (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012; SOUSA et al., 2014b; VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012), sem necessitar de outros meios de acesso aos serviços com maior densidade tecnológica.

As características das lesões bucais dos participantes da pesquisa foram semelhantes aos achados de outros estudos, como localização preferencial em língua e assoalho de boca (FELLER; LEMMER, 2012; GERVÁSIO et al., 2001; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009; MELO et al., 2010; SANTOS et al., 2009) e, geralmente, associadas a algum sintoma (SOMMERFELD et al., 2013; VAN DER WAAL et al., 2011), o que sugere que não foram detectadas em estágios iniciais.

Pelo fato da maioria dos pacientes ser diagnosticada quando a doença já se encontra em estágios avançados (BONFANTE et al., 2014; DE CAMARGO CANCELA et al., 2010; FORD; FARAH, 2013; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016; LE CAMPION et al., 2016; MURPHY et al., 2016; ONIZAWA et al., 2003; SEO et al., 2016), discute-se na literatura os fatores relacionados a este problema. O atraso no diagnóstico é definido como o período desde o aparecimento de sintomas até o diagnóstico final (SARGERAN et al., 2009) e pode ser gerado por questões inerentes aos pacientes ou aos profissionais (GÜNERI; EPSTEIN, 2014; JOSHI et al., 2014a; LOMBARDO et al., 2014; ONIZAWA et al., 2003; TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Os atrasos gerados pelos pacientes referem-se ao período entre a primeira detecção de um sinal ou sintoma e a procura por um serviço de saúde (STEFANUTO; DOUCET; ROBERTSON, 2013), que acontece geralmente após as lesões começarem a gerar incômodo (SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010). Neste estudo, quase 70% dos participantes estavam com os sintomas há mais de 3 meses quando consultaram no serviço de referência. A maioria, de 3 a 6 meses, assim como em outros artigos (SHENOI et al., 2012; STEFANUTO; DOUCET; ROBERTSON, 2013). A média de 6,69 meses ( $dp=9,53$ ) aproximou-se da encontrada em um estudo em Alagoas (LE CAMPION et al., 2016), foi menor do que de outras pesquisas realizadas em países em desenvolvimento, como no Brasil (SANTOS et al., 2012; SILVA et al., 2009) e no Irã (JAFARI et al., 2013). No entanto, foi maior do que as médias encontradas em estudos em países desenvolvidos, como Holanda (JOVANOVIC et al., 1992) e Estados Unidos (PEACOCK; POGREL; SCHMIDT, 2008).

Assim, o termo "atraso do paciente" não pode ser apenas considerado responsabilidade dos pacientes, mas também de fatores do sistema, tais como a acessibilidade, disponibilidade de tratamento específico e custo (GÜNERI; EPSTEIN, 2014; SANTOS et al., 2012). Além disso, pode estar relacionado ao nível educacional e acesso a informações sobre a doença (BAISHYA et al., 2015; PANZARELLA et

al., 2014; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010; TIWARI et al., 2015).

A definição de “atraso profissional” varia de acordo com a literatura, pois, embora haja concordância de que o ponto de partida seja a primeira apresentação para um profissional de saúde, podem ser utilizados diferentes pontos finais, como o encaminhamento para o especialista, a realização da biópsia ou da cirurgia (STEFANUTO; DOUCET; ROBERTSON, 2013). Güneri e Epstein (2014) explicaram que o diagnóstico definitivo do câncer bucal depende de vários procedimentos como: detecção da alteração clínica, decisão pela biópsia, escolha do local de biópsia, qualidade do tecido apresentado, procedimento laboratorial, habilidade do patologista e interpretação. Cada uma destas etapas, segundo os autores, envolve presença do paciente e tomada de decisão dos profissionais, o que pode causar atrasos nos diagnósticos de câncer bucal e início do tratamento.

Os resultados mostraram que o número de dias entre a data do encaminhamento ao serviço de referência e a do primeiro atendimento no AE/HU variou entre 0 e 104 dias, com média de 19,62 dias ( $dp=20,74$ ) e mediana 13. Esta, aproximou-se dos resultados de estudo que utilizou dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, cuja mediana do número de dias entre o encaminhamento da APS e o atendimento no CEO na especialidade de Estomatologia foi de 15 dias (MARTINS et al., 2016). A maioria (42,62%) dos participantes foi atendida em até 10 dias. Dentre as possíveis razões que podem influenciar o atraso da chegada do paciente com câncer bucal aos setores de atenção em saúde de maior densidade tecnológica estão: distância geográfica ao serviço de referência, número de encaminhamentos e de especialistas, recursos financeiros e logísticos para transporte de pacientes, aspectos socioeconômicos e culturais dos pacientes (MARTINS et al., 2016), além da qualidade de informação disponibilizada nos documentos de referência, para o processo diagnóstico e conexão entre os pontos de atenção (LOMBARDO et al., 2014).



Em relação ao tempo entre a data da primeira consulta no AE/HU e a do procedimento de biópsia, verificou-se que foi inferior a 10 dias para 82, 35% dos pacientes, com média foi 8,5 dias ( $dp=11,73$ ). Mais da metade dos participantes (50,77%) receberam o diagnóstico definitivo da doença de 11 a 20 dias após a realização do procedimento da biópsia, com média de 19,15 ( $dp=9,63$ ). Ao considerarmos o tempo utilizado para o serviço de referência estabelecer o diagnóstico definitivo e informar ao paciente, ou seja, o período entre a data do primeiro atendimento no AE/HU até a data da entrega do laudo confirmatório, este período foi inferior a 30 dias para 76,56% dos participantes. Este resultado foi semelhante ao do estudo de Sampaio de colaboradores (2015), realizado em Campinas, SP (78,9% dos casos em menos de 30 dias). A média de 27,8 dias ( $dp=3,73$ ) foi um pouco maior que a de alguns estudos nacionais (COSTA; MIGLIORATI, 2001; LE CAMPION et al., 2016; SANTOS et al., 2012) e maior que o dobro das médias encontradas em estudos internacionais (LYHNE et al., 2013; PEACOCK; POGREL; SCHMIDT, 2008). Isto pode ser explicado porque o AE/HU e o LBP/UFSC são projetos de extensão universitária, que dependem da colaboração de professores e alunos para funcionar regularmente.

Após a confirmação do diagnóstico de câncer, os participantes levaram, em média, 4,9 dias ( $dp=9,77$ ) para consultarem com o médico de referência. Os tratamentos mais indicados foram cirurgia e radioterapia, individualmente ou em combinação, como indicado pela literatura (MAHAJAN; GUPTA, 2016).

No Brasil, a lei nº 12.732/12 instituiu o prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo patológico para o início do tratamento oncológico. Considerou-se nesta lei como início efetivo do tratamento a realização de terapia cirúrgica, radioterapia ou quimioterapia (BRASIL, 2012). Como o Hospital que está inserido o AE/HU não realiza todos estes procedimentos, não foi possível observar a data do início do tratamento oncológico neste estudo, que é uma limitação. No entanto, pelo fato de 92,98% dos participantes terem consultado com o médico de referência em menos de 10 dias, estima-se

que tenham iniciado a terapia cirúrgica, radioterapia ou quimioterapia antes dos 60 dias. Outras limitações do estudo foram a falta de dados em alguns prontuários e a impossibilidade de localizar alguns participantes para autorizarem a participação na pesquisa. Além disso, por ser um estudo quantitativo, não foi possível identificar a percepção dos pacientes sobre as trajetórias de assistência em busca de respostas às suas necessidades em saúde, assim como problemas, dificuldades e experiências positivas neste processo. E, pelo fato de ser um estudo transversal, com dados coletados de prontuário, não há o registro retrospectivo de acesso em outros serviços da RAS, além do qual o paciente recebeu o encaminhamento para o serviço de referência.

## **Conclusão**

Observou-se que a maioria dos participantes era proveniente de municípios próximos ao serviço de referência, foi encaminhada por cirurgiões- dentistas da APS, via sistema de regulação e, após a confirmação do diagnóstico, para um médico especialista em cirurgia de cabeça e pescoço. Assim, percebeu-se que há uma tendência de estruturação de uma rede, de forma a proporcionar atenção contínua, equitativa e integral aos pacientes, a partir da APS e organizada segundo os princípios da regionalização em saúde.

No entanto, nem todos os participantes seguiram esta mesma trajetória. Assim, é preciso fortalecer a organização da RAS e orientar os profissionais de saúde, e também a população, para que os pontos de atenção e fluxos entre estes sejam utilizados adequadamente, otimizando os recursos.

Pela análise do tempo decorrido até o diagnóstico definitivo de câncer de boca, percebeu-se que um maior número de participantes acessou o AE/HU após 3 meses de duração dos sintomas, que é um longo período quando se trata de câncer. Entretanto, diante da metodologia adotada neste estudo, não foi possível identificar as causas

deste atraso, nem se o diagnóstico da lesão foi negligenciado por algum profissional de saúde.

Pelo fato de a maior parte (65,57%) dos participantes ter levado até 20 dias entre a identificação da lesão por um profissional de saúde até o atendimento no serviço de referência, acredita-se que as maiores causas deste problema não estejam relacionadas a dificuldades no referenciamento, embora este tempo possa ser reduzido. Estratégias para reverter esta situação devem focar na qualificação da comunicação entre os pontos de atenção, com documentos de referência contendo informações que proporcionem ao regulador interpretá-las e agilizar o acesso dos pacientes com necessidades mais urgentes ao serviço de referência. Além disso, um regulador com conhecimento na área e atento para identificar os casos prioritários também poderia acelerar o processo.

O tempo utilizado para o serviço de referência estabelecer o diagnóstico definitivo e informar o resultado ao participante foi inferior a 30 dias para 76,56% dos casos. Este período é aceitável, diante da complexidade do processo. Mecanismos para reduzir este tempo, como a priorização de realização de biópsia e a análise dos materiais coletados de pacientes com suspeita de câncer, são importantes para favorecer o prognóstico do paciente, além de reduzir a ansiedade pela espera do resultado do exame.

As características dos participantes e das lesões bucais assemelharam-se às descritas na literatura. É importante que elas sejam conhecidas pelos profissionais de saúde, para que estes elaborem estratégias voltadas para prevenção e detecção precoce da doença, e pela população, para que haja maior atenção aos fatores de risco e sinais e sintomas do câncer de boca.

Sugerem-se mais pesquisas relacionadas a fatores que possam influenciar no diagnóstico tardio de câncer de boca, para que se proponham soluções eficientes para este problema.

## Referências

AGUILERA, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 4, p. 1021–1040, ago. 2013.

ANDERSEN, Z. J.; LASSEN, C. F.; CLEMMENSEN, I. H. Social inequality and incidence of and survival from cancers of the mouth, pharynx and larynx in a population-based study in Denmark, 1994–2003. **European Journal of Cancer**, v. 44, n. 14, p. 1950–1961, 2008.

AQUINO, R. C. A.; VILELA, M. B. R. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. **Distúrbios da Comunicação. ISSN 2176-2724**, v. 26, n. 2, 2014.

AQUINO, R. C. A. DE; RODRIGUES, M. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso. **Saúde.com**, v. 12, n. 1, 2016.

ARRUDA, C. et al. Health care networks under the light of the complexity theory. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 169–173, 2015.

BAISHYA, N. et al. A Pilot Study on Factors Associated with Presentation Delay in Patients Affected with Head and Neck Cancers. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 16, n. 11, p. 4715–4718, 26 jun. 2015.

BONFANTE, G. M. DA S. et al. Specific 5-year oral cancer survival and associated factors in cancer outpatients in the Brazilian Unified National Health System. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, n. 5, p. 983–97, maio 2014.

BOSSI, P.; ALFIERI, S. The Benefit of a Multidisciplinary Approach to the Patient Treated with (Chemo) Radiation for Head and Neck Cancer. **Current treatment options in oncology**, v. 17, n. 10, p. 53, out. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2.a edição ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2010. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 23 ago. 2016.

BRASIL. Lei Nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 de novembro de 2012.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em:

<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp>>. Acesso em: 18 out. 2016.

BRETON, M. et al. Management continuity in local health networks. **International journal of integrated care**, v. 12, p. e14, jan. 2012.

BRONDANI, J. E. et al. Desafios na referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 28 mar. 2016.

BRUNELLO, M. E. F. **Percurso do usuário no sistema de saúde: desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose**

**em Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, 25 fev. 2013.

CAMPOS, J. L. G.; CHAGAS, J. F. DE S.; MAGNA, L. A. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 36, n. 2, p. 65–68, 2007.

CASATI, M. F. M. et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil : estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 41, p. 186–191, 2012.

CHAVES, S. C. L. et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3115–3124, nov. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA. **Especialistas | CROSC.** Disponível em: <<http://www.crosc.org.br/especialistas/.html>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

CONWAY, D. I. et al. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: A systematic review and meta-analysis of case-control studies. **International Journal of Cancer**, v. 122, n. 12, p. 2811–2819, 15 jun. 2008.

COSTA, E. G. DA; MIGLIORATI, C. A. CÂNCER BUCAL: Oral Cancer: How long does it take from Detection of a Lesion to the Beginning of Treatment. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 283–89, 2001.

DE CAMARGO CANCELA, M. et al. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence. **Head & neck**, v. 32, n. 3, p. 357–67, mar. 2010.

ERDMANN, A. L. et al. Organização das práticas de cuidado na rede de atenção à saúde. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 10, n. 1, 2011.

ERDMANN, A. L. et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131–139, fev. 2013.

FARIA, P. R. DE et al. Clinical presentation of patients with oral squamous cell carcinoma when first seen by dentists or physicians in a teaching hospital in Brazil. **Clinical Oral Investigations**, v. 7, n. 1, p. 46–51, 2003.

FELLER, L.; LEMMER, J. Oral Squamous Cell Carcinoma: Epidemiology, Clinical Presentation and Treatment. **Journal of Cancer Therapy**, v. 3, n. 4, p. 263–268, 2012.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, 2015.

FERREIRA ANTUNES, J. L. et al. Joint and Independent Effects of Alcohol Drinking and Tobacco Smoking on Oral Cancer: A Large Case-Control Study. **PLoS ONE**, v. 8, n. 7, 2013.

FORD, P. J.; FARAH, C. S. **Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement** *Journal of Cancer Policy*, 2013.

GALBIATTI, A. L. S. et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 2, p. 239–247, 2013.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: Representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 119–140, 2012.

GERVÁSIO, O. L. et al. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. **Brazilian dental journal**, v. 12, n. 1, p. 57–61, 2001.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F. DE; CAETANO, J. C. An oral health care network organized by large municipalities in Santa Catarina State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, n. 2, p. 318–32, fev. 2014.

GÜNERI, P.; EPSTEIN, J. B. Late stage diagnosis of oral cancer: components and possible solutions. **Oral oncology**, v. 50, n. 12, p. 1131–6, dez. 2014.

GUPTA, B.; JOHNSON, N. W.; KUMAR, N. Global Epidemiology of Head and Neck Cancers: A Continuing Challenge. **Oncology**, 1 jun. 2016.

HOLMES, J. A. et al. Impact of Distance to a Urologist on Early Diagnosis of Prostate Cancer Among Black and White Patients. **The Journal of Urology**, v. 187, n. 3, p. 883–888, mar. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2016- Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

JAFARI, A. et al. Delay in the diagnosis and treatment of oral cancer. **Journal of dentistry (Shīrāz, Iran)**, v. 14, n. 3, p. 146–50, set. 2013.

JOSHI, P. et al. Delay in seeking specialized care for oral cancers: experience from a tertiary cancer center. **Indian journal of cancer**, v. 51, n. 2, p. 95–7, jan. 2014a.

JOSHI, P. et al. Head and neck cancers in developing countries. **Rambam Maimonides medical journal**, v. 5, n. 2, p. e0009, abr. 2014b.

JOVANOVIC, A. et al. Delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma; a report from The Netherlands. **European journal of cancer. Part B, Oral oncology**, v. 28B, n. 1, p. 37–8, jul. 1992.

KOWALSKI, L. P. et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and



health professionals. **European journal of cancer. Part B, Oral oncology**, v. 30B, n. 3, p. 167–73, maio 1994.

LE CAMPION, A. C. O. V. et al. Characterization of diagnostic delay in oral and oropharyngeal cancer at two referral centers. **Cad. saúde colet.**, v. 24, n. 2, 2016.

LICITRA, L. et al. Evaluation of the benefit and use of multidisciplinary teams in the treatment of head and neck cancer. **Oral Oncology**, v. 59, p. 73–79, ago. 2016.

LOMBARDO, E. M. et al. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1223–1232, 2014.

LOSI-GUEMBAROVSKI, R. et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 393–400, fev. 2009.

LYHNE, N. M. et al. Waiting times for diagnosis and treatment of head and neck cancer in Denmark in 2010 compared to 1992 and 2002. **European journal of cancer (Oxford, England : 1990)**, v. 49, n. 7, p. 1627–33, maio 2013.

MACEY, R. et al. Diagnostic tests for oral cancer and potentially malignant disorders in patients presenting with clinically evident lesions. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015.

MACHADO, F. C. DE A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. Â. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1149–1163, 2015.

MAHAJAN, S.; GUPTA, R. ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA-AN UPDATE. **Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research J Adv Med Dent Scie Res**, v. 44, n. 1, p. 101–104, 2016.

MARTINS, R. C. et al. Relationship between Primary and Secondary Dental Care in Public Health Services in Brazil. **PloS one**, v. 11, n. 10, p. e0164986, 2016.

MELLO, M. DE S. N.; COSTA, A. M.; SILVA, M. L. B. **Análise Sobre a Regulação dos Serviços Odontológicos do Complexo Regulador de Florianópolis: uma ferramenta para a gestão**. Florianópolis: PEREIRA, Maurício Fernandes et al., 2013. v. 8.

MELO, L. DE C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **RGO.Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 58, n. 3, p. 351–355, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2.<sup>a</sup> edição ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MEURER, M. I.; ZIMMERMANN, C.; GRANDO, L. J. Proposta de um roteiro de apoio à descrição de lesões bucais como instrumentalização para a comunicação profissional. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 3, p. 2–15, 2016.

MURPHY, C. T. et al. Survival Impact of Increasing Time to Treatment Initiation for Patients With Head and Neck Cancer in the United States. **Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 34, n. 2, p. 169–78, 10 jan. 2016.

OCAMPO-RODRÍGUEZ, M. V. et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 12, n. 24, p. 114–129, 2013.

OLIVEIRA, M. L. C. et al. A 10-year analysis of the oral squamous cell carcinoma profile in patients from public health centers in Uruguay. **Brazilian Oral Research**, v. 29, n. 1, p. 1–8, 2015.

ONIZAWA, K. et al. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. **Oral oncology**, v. 39, n. 8, p. 781–8, dez. 2003.

PANZARELLA, V. et al. Diagnostic delay in oral squamous cell carcinoma: the role of cognitive and psychological variables. **International journal of oral science**, v. 6, n. 1, p. 39–45, mar. 2014.

PEACOCK, Z. S.; POGREL, M. A.; SCHMIDT, B. L. Exploring the reasons for delay in treatment of oral cancer. **Journal of the American Dental Association (1939)**, v. 139, n. 10, p. 1346–52, out. 2008.

PETERSEN, P. E. Oral cancer prevention and control--the approach of the World Health Organization. **Oral oncology**, v. 45, n. 4–5, p. 454–60, 2009.

PETERSON, C. E. et al. Racial differences in head and neck squamous cell carcinomas among non-Hispanic black and white males identified through the National Cancer Database (1998–2012). **Journal of Cancer Research and Clinical Oncology**, v. 142, n. 8, p. 1715–1726, 1 ago. 2016.

PINTO, G. P. DE; GARDANO, D.; MONT 'ALVERNE, B. Neoplasias de cabeça e pescoço: impactos funcionais e na qualidade de vida. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 44, n. 3, p. 152–156, 2015.

RAJARAMAN, P. et al. Recommendations for screening and early detection of common cancers in India. **The Lancet Oncology**, v. 16, n. 7, p. e352–e361, jul. 2015.

RIVERA, C. Essentials of oral cancer. **International journal of clinical and experimental pathology**, v. 8, n. 9, p. 11884–94, 2015.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343–352, fev. 2014.

ROHDEN, N. T.; COSTA, A. M.; SILVA, M. L. B. Análise sobre a Inserção da Especialidade de Estomatologia do Hospital Universitário no Sistema de Regulação de Florianópolis e seus Benefícios na Prática Odontológica. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v. 13, p. 25–45, 2013.

SAMPAIO, E. T. DE M. et al. Acesso ao tratamento do câncer bucal na região do colegiado de gestão regional de Campinas – SP: estudo de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 150–55, 2015.

SANKARANARAYANAN, R. et al. Cancer: Disease Control Priorities, 3<sup>a</sup> ed. **The World Bank**, v.3, 2015.

SANTOS, L. C. O. DOS et al. Oral cancer: Population sample of the state of Alagoas at a reference hospital. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 75, n. 4, p. 524–529, 2009.

SANTOS, L. C. O. DOS; BATISTA, O. DE M.; CANGUSSU, M. C. T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 76, n. 4, p. 416–22, jan. 2010.

SANTOS, V. DE C. B. DOS et al. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 2, p. 159–164, 2012.

SARGERAN, K. et al. Delayed diagnosis of oral cancer in Iran: challenge for prevention. **Oral health & preventive dentistry**, v. 7, n. 1, p. 69–76, jan. 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, ESTADO DE SANTA CATARINA. Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer. Florianópolis, 2016.

SEO, B.-Y. et al. Changes in the management and survival rates of patients with oral cancer: a 30-year single-institution study. **Journal of**

**the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 42, n. 1, p. 31, 2016.

SHENOI, R. et al. Demographic and clinical profile of oral squamous cell carcinoma patients: a retrospective study. **Indian journal of cancer**, v. 49, n. 1, p. 21–6, 2012.

SILVA, M. C. DA et al. Fatores Relacionados ao Atraso no Diagnóstico de Câncer de Boca e Orofaringe em Juiz de Fora/MG. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 329–335, 2009.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, jun. 2011.

SOMMERFELD, C. E. et al. Impacto do trabalho integrado em rede no diagnóstico precoce do câncer bucal. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, v. 42, n. 1, 2013.

SOUSA, F. DE O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1283–1293, abr. 2014b.

SOUZA, G. C. DE A. et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Revista de Salud Pública**, v. 17, n. 3, p. 416–428, 18 nov. 2015.

STEFANUTO, P.; DOUCET, J.-C.; ROBERTSON, C. Delays in treatment of oral cancer: a review of the current literature. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v. 117, n. 4, p. 424–9, 2013.

TIWARI, V. et al. Identifying the Factors Causing Delayed Presentation of Cancer Patients to a Government Medical College of Central India. **Journal of clinical and diagnostic research : JCDR**, v. 9, n. 9, p. XC09-XC12, set. 2015.

TORRES-PEREIRA, C. C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s30–s39, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC**. Disponível em: <<http://estomatologiahu.paginas.ufsc.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

VAN DER WAAL, I. et al. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? **Medicina oral, patologia oral y cirurgia bucal**, v. 16, n. 3, p. e300-5, 1 maio 2011.

VAN DER WAAL, I. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; some considerations. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirurgia Bucal**, v. 18, n. 1, 2013.

VARGAS, I. et al. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. **BMC health services research**, v. 15, p. 213, jan. 2015a.

VARGAS, I. et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 6, p. 705–717, 1 jul. 2015b.

VARGAS, I. et al. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. **Health policy and planning**, v. 31, n. 6, p. 736–48, jul. 2016.

VAZQUEZ, F. DE L. et al. Referência e Contrarreferência na atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 245–256, jan. 2014.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 4, p. 360–367, out. 2009.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 640–647, 2012.

WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral oncology**, v. 45, n. 4–5, p. 309–16, jan. 2009.

ZANDBERG, D. P. et al. Oropharyngeal cancer as a driver of racial outcome disparities in squamous cell carcinoma of the head and neck: 10-year experience at the University of Maryland Greenebaum Cancer Center. **Head & neck**, v. 38, n. 4, p. 564–72, abr. 2016.

ZYGOGIANNI, A. G. et al. Oral squamous cell cancer: early detection and the role of alcohol and smoking. **Head & Neck Oncology**, v. 3, n. 1, p. 2, 2011.





## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu caracterizar a organização da RAS para diagnóstico e tratamento de câncer de boca no Estado de Santa Catarina.

Após agregar, analisar e discutir os dados, constatou-se que são disponibilizados serviços para dar resposta às pessoas acometidas em todos os níveis de atenção, no âmbito do diagnóstico e tratamento. Eles organizam-se de acordo com sua densidade tecnológica, sendo que os que concentram mais tecnologia, como os hospitais para tratamento de câncer de boca, localizam-se em poucos municípios de grande porte, enquanto os CEO estão mais distribuídos pelo Estado. Estes são as principais referências da APS para diagnóstico definitivo de lesões bucais e fundamentais para continuidade do cuidado em saúde. As IES com cursos de Odontologia são importantes pontos de atenção para diagnóstico e tratamento de câncer de boca, além de proporcionarem serviços não oferecidos pela rede pública e educação permanente para estudantes e profissionais.

Embora haja prestação de serviços em todos os pontos, há diferenças em relação à integração entre estes, sendo que, de forma geral, os municípios de grande porte apresentam-se em estágio mais avançado neste sentido, em comparação aos de pequeno porte. Nestes, observa-se mais informalidade e escassez de informações na comunicação entre profissionais e referenciamento de pacientes. Aqueles em que a integração entre os pontos está mais consolidada apresentam sistemas de regulação, prontuário eletrônico, protocolos, fluxos de referência e contrarreferência.

A consolidação das RAS é um desafio complexo, pois envolve a articulação e cooperação de diversos profissionais de saúde, gestores e serviços em busca de uma atenção contínua e integral para determinada população. As principais fragilidades para esta consolidação encontradas neste estudo foram: centralização de tratamentos mais complexos em poucos hospitais do Estado, dificultando o acesso a pacientes de

municípios distantes; existência de alguns municípios do Estado sem CEO de referência; dificuldade das IES manterem serviços com funcionamento regular; escassez de protocolos que definam fluxos de encaminhamento para IES; poucos serviços de radiologia que ofereçam radiografias extrabuciais e laboratórios de histopatologia com dentistas credenciados para analisar os exames e fazer laudos; realização de muitos encaminhamentos aos serviços de referência de maneira informal; carência de estomatologistas e especialista em prótese bucomaxilofacial atuando na rede pública e de cirurgiões-dentistas no âmbito da regulação.

Os avanços e conquistas que estão contribuindo para consolidação da RAS para diagnóstico e tratamento de câncer de boca são: a utilização de prontuário eletrônico integrado em alguns serviços, a criação de fluxos e protocolos de referência e contrarreferência em alguns municípios, convênio com especialista em prótese bucomaxilofacial, a regulação em saúde e o estímulo para implantação de centrais de regulação em todo o Estado, inclusive para os encaminhamentos para os CEO.

A identificação das trajetórias de assistência que os pacientes com câncer de boca atendidos em um serviço de referência do Estado realizaram desde a detecção da lesão até o início do tratamento permitiu observar de forma prática a organização da rede. Constatou-se que a maioria dos participantes era proveniente de municípios próximos ao serviço de referência, foi encaminhada por cirurgiões-dentistas da APS, via sistema de regulação e, após a confirmação do diagnóstico, para um médico especialista em cirurgia de cabeça e pescoço. Assim, percebeu-se que há a tendência de estruturação de uma rede, de forma a proporcionar atenção contínua, equitativa e integral aos pacientes, a partir da APS, e organizada segundo os princípios da regionalização em saúde. No entanto, como nem todos os participantes seguiram esta mesma trajetória, é preciso fortalecer a organização da RAS e orientar os profissionais de saúde e comunidade para que os pontos de atenção e fluxos entre estes sejam utilizados adequadamente, para otimização dos recursos.

Pela análise do tempo decorrido até o diagnóstico definitivo de câncer de boca, percebeu-se que um maior número de participantes acessou o AE/HU após 3 meses de duração dos sintomas, que é um longo período quando se trata de câncer. Entretanto, não foi possível identificar as causas deste atraso, nem se a lesão foi negligenciada por algum profissional de saúde.

A partir do momento que os pacientes acessaram a RAS, foram realizadas algumas etapas como, encaminhamento ao serviço de referência, atendimento neste, realização da biópsia, entrega do laudo e encaminhamento ao médico de referência. O intervalo entre estas etapas, apesar de não ter sido grande, poderia ser reduzido por meio de estratégias como a melhoria da qualidade dos documentos de referência, para permitir a interpretação e priorização do acesso ao serviço de referência dos casos mais urgentes por um regulador com experiência na área.

Um problema identificado neste estudo, e também na literatura, foi que muitos pacientes ainda são diagnosticados em estágios avançados da doença, o que acarreta pior prognóstico e diminuição da taxa de sobrevida. Assim, são necessárias mais pesquisas relacionadas a esta temática para identificar os motivos, possíveis barreiras no sistema que possam estar contribuindo para este problema e buscar alternativas para manejá-lo. Na perspectiva da RAS, estudos relacionados a estratégias de promoção de saúde, de controle dos fatores de risco e para favorecer o diagnóstico precoce de câncer de boca são recomendados, além de uma maior integração entre os pontos de atenção para ofertar atenção contínua e integral às pessoas acometidas pelo câncer de boca.



## 7. REFERÊNCIAS

AGUILERA, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 4, p. 1021–1040, ago. 2013.

AGUILERA, S. L. V. U. et al. Intermunicipal inequities in access and use of secondary health services in the metropolitan area of Curitiba. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 3, p. 654–667, set. 2014.

ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, fev. 2010.

ALTERIO, D. et al. Cancer treatment-induced oral mucositis. **Anticancer research**, v. 27, n. 2, p. 1105–25, 2007.

ANDERSEN, Z. J.; LASSEN, C. F.; CLEMMENSEN, I. H. Social inequality and incidence of and survival from cancers of the mouth, pharynx and larynx in a population-based study in Denmark, 1994–2003. **European Journal of Cancer**, v. 44, n. 14, p. 1950–1961, 2008.

AQUINO, R. C. A.; VILELA, M. B. R. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. **Distúrbios da Comunicação. ISSN 2176-2724**, v. 26, n. 2, 2014.

AQUINO, R. C. A. DE; RODRIGUES, M. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades

enfrentadas para este percurso. **Saúde.com**, v. 12, n. 1, 2016.

ARRUDA, C. et al. Health care networks under the light of the complexity theory. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 169–173, 2015.

BAISHYA, N. et al. A Pilot Study on Factors Associated with Presentation Delay in Patients Affected with Head and Neck Cancers. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 16, n. 11, p. 4715–4718, 26 jun. 2015.

BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, p. 17–24, 2016.

BEECH, N. et al. Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. **Australian Dental Journal**, v. 59, p. 20–28, 2014.

BERTA, W. et al. Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. **Canadian family physician Médecin de famille canadien**, v. 54, n. 10, p. 1432–3, 1433–6, out. 2008.

BONFANTE, G. M. DA S. et al. [Specific 5-year oral cancer survival and associated factors in cancer outpatients in the Brazilian Unified National Health System]. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, n. 5, p. 983–97, maio 2014.

BOSSI, P.; ALFIERI, S. The Benefit of a Multidisciplinary Approach to the Patient Treated with (Chemo) Radiation for Head and Neck Cancer. **Current treatment options in oncology**, v. 17, n. 10, p. 53, out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. PORTARIA Nº 599 DE 23 DE MARÇO DE 2006. **Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599\\_23\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html)>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2.a edição ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica nº 17**. Série A. Normas e Manuais Técnicos 2ª edição ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Regulador/autorizador. SisregIII**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010

**Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2010. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 23 ago. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Brasília, 2011.

BRASIL. Lei Nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 de novembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.646, DE 5 DE AGOSTO DE 2014 Institui o componente GraduaCEO - BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências.** Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646\\_05\\_08\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646_05_08_2014.html)>. Acesso em: 22 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 516, DE 17 DE JUNHO DE 2015- Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço.** Ministério da Saúde, 2015.



BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp>. Acesso em: 18 out. 2016.

BREHMER, L. C. D. F.; RAMOS, R. F. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 16, n. 1, p. :228-37, 2014.

BRENER, S. et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia**, p. 63–69, 2007.

BRETON, M. et al. Management continuity in local health networks. **International journal of integrated care**, v. 12, p. e14, jan. 2012.

BROCKLEHURST, P. et al. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 11, p. CD004150, 2010.

BROCKLEHURST, P. et al. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. In: BROCKLEHURST, P. (Ed.) . **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2013.

BRONDANI, J. E. et al. Desafios na referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 28 mar. 2016.

BRUNELLO, M. E. F. **Percurso do usuário no sistema de saúde: desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto: Biblioteca Digital de Teses e

Dissertações da Universidade de São Paulo, 25 fev. 2013.

CAMPOS, J. L. G.; CHAGAS, J. F. DE S.; MAGNA, L. A. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 36, n. 2, p. 65–68, 2007.

CARNUT, L.; FAQUIM, J. P. S. Redes de atenção à saúde: conhecimentos fundamentais para o Técnico em Saúde Bucal. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 114–124, 2014.

CASATI, M. F. M. et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 41, p. 186–191, 2012.

CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1005–1013, dez. 2010.

CHAVES, S. C. L. et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3115–3124, nov. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO-63/2005 - Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia. . 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA. **Especialistas | CROSC**. Disponível em: <<http://www.crosc.org.br/especialistas/.html>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

CONWAY, D. I. et al. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk:

A systematic review and meta-analysis of case-control studies. **International Journal of Cancer**, v. 122, n. 12, p. 2811–2819, 15 jun. 2008.

CORREIA, C. et al. Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. **J Health Sci Inst**, v. 31, n. 4, p. 368–72, 2013.

COSTA, E. G. DA; MIGLIORATI, C. A. CÂNCER BUCAL: Oral Cancer: How long does it take from Detection of a Lesion to the Beginning of Treatment. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 283–89, 2001.

DE CAMARGO CANCELA, M. et al. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence. **Head & neck**, v. 32, n. 3, p. 357–67, mar. 2010.

DE PAULA, C. C. et al. Factors that affect first contact access in the primary health care: integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 4056, 7 jan. 2016.

DEVI, S.; SINGH, N. Dental care during and after radiotherapy in head and neck cancer. **National journal of maxillofacial surgery**, v. 5, n. 2, p. 117–25, 2014.

DOWNER, M. C. et al. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. **Oral oncology**, v. 42, n. 6, p. 551–60, jul. 2006.

ELANGO, K. J. et al. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. **Oral Oncology**, v. 47, n. 7, p. 620–624, 2011.

ERDMANN, A. L. et al. Organização das práticas de cuidado na rede de atenção à saúde. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 10, n. 1, 2011.

ERDMANN, A. L. et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131–139, fev. 2013.

FARIA, P. R. DE et al. Clinical presentation of patients with oral squamous cell carcinoma when first seen by dentists or physicians in a teaching hospital in Brazil. **Clinical Oral Investigations**, v. 7, n. 1, p. 46–51, 2003.

FELLER, L.; LEMMER, J. Oral Squamous Cell Carcinoma: Epidemiology, Clinical Presentation and Treatment. **Journal of Cancer Therapy**, v. 3, n. 4, p. 263–268, 2012.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, 2015.

FERREIRA, J. B. B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 345–358, jun. 2010.

FERREIRA ANTUNES, J. L. et al. Joint and Independent Effects of Alcohol Drinking and Tobacco Smoking on Oral Cancer: A Large Case-Control Study. **PLoS ONE**, v. 8, n. 7, 2013.

FIGUEIREDO, A. L. P. et al. Laser terapia no controle da mucosite oral: um estudo de metanálise. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 467–474, set. 2013.

FORD, P. J.; FARAH, C. S. Early detection and diagnosis of oral

cancer: Strategies for improvement. **Journal of Cancer Policy**, 2013.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65–72, 2008.

FREITAS, D. A. et al. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 6, p. 1103–1108, dez. 2011.

GALBIATTI, A. L. S. et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 2, p. 239–247, 2013.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: Representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 119–140, 2012.

GERVÁSIO, O. L. et al. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. **Brazilian dental journal**, v. 12, n. 1, p. 57–61, 2001.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783–794, jun. 2009.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F. de; CAETANO, J. C. An oral health care network organized by large municipalities in Santa Catarina State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, n. 2, p. 318–32, fev., 2014.

GONZÁLEZ-ARRIAGADA, W. A. et al. Criterios de Evaluación Odontológica Pre-Radioterapia y Necesidad de Tratamiento de las Enfermedades Orales Post-Radioterapia en Cabeza y Cuello.

**International journal of odontostomatology**, v. 4, n. 3, p. 255–266, dez. 2010.

GÜNERI, P.; EPSTEIN, J. B. Late stage diagnosis of oral cancer: components and possible solutions. **Oral oncology**, v. 50, n. 12, p. 1131–6, dez. 2014.

GUPTA, B.; JOHNSON, N. W.; KUMAR, N. Global Epidemiology of Head and Neck Cancers: A Continuing Challenge. **Oncology**, 1 jun. 2016.

HARRIS, M. et al. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2–3, p. 96–110, mar. 2007.

HOLMES, J. A. et al. Impact of Distance to a Urologist on Early Diagnosis of Prostate Cancer Among Black and White Patients. **The Journal of Urology**, v. 187, n. 3, p. 883–888, mar. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2016- Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

IRISH, J. et al. Quality of life in patients with maxillectomy prostheses. **Head & neck**, v. 31, n. 6, p. 813–21, jun. 2009.

JAFARI, A. et al. Delay in the diagnosis and treatment of oral cancer. **Journal of dentistry (Shīrāz, Iran)**, v. 14, n. 3, p. 146–50, set. 2013.

JANSMA, J. et al. Protocol for the prevention and treatment of oral sequelae resulting from head and neck radiation therapy. **Cancer**, v. 70, n. 8, p. 2171–80, 15 out. 1992.

JAWAD, H.; HODSON, N. A.; NIXON, P. J. A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 2. **British dental journal**, v. 218, n. 2, p. 69–74, jan. 2015a.

JAWAD, H.; HODSON, N. A.; NIXON, P. J. A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 1. **British dental journal**, v. 218, n. 2, p. 65–8, jan. 2015b.

JOSHI, P. et al. Delay in seeking specialized care for oral cancers: experience from a tertiary cancer center. **Indian journal of cancer**, v. 51, n. 2, p. 95–7, jan. 2014a.

JOSHI, P. et al. Head and neck cancers in developing countries. **Rambam Maimonides medical journal**, v. 5, n. 2, p. e0009, abr. 2014b.

JOVANOVIC, A. et al. Delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma; a report from The Netherlands. **European journal of cancer. Part B, Oral oncology**, v. 28B, n. 1, p. 37–8, jul. 1992.

KOWALSKI, L. P. et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. **European journal of cancer. Part B, Oral oncology**, v. 30B, n. 3, p. 167–73, maio 1994.

KUJAN, O. et al. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 3, p. CD004150, 2006.

KUMAR, P. et al. Assessment of the quality of life in maxillectomy

patients: A longitudinal study. **The journal of advanced prosthodontics**, v. 5, n. 1, p. 29–35, fev. 2013.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, ago. 2010.

LALLA, R. V et al. **MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy**Cancer, 2014.

LE CAMPION, A. C. O. V. et al. Characterization of diagnostic delay in oral and oropharyngeal cancer at two referral centers. **Cad. saúde colet.**, v. 24, n. 2, 2016.

LEITÃO, B. F. B.; DUARTE, Í. V.; BETTEGA, P. B. Pacientes com câncer de cavidade bucal submetidos à cirurgia:: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. **Revista da SBPH**, v. 16, n. 1, p. 113–140, 2013.

LEMOS JUNIOR, C. A. et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas Oral cancer based on scientific evidences. **Rev assoc paul ciR dent**, v. 67, n. 3, p. 178–86, 2013.

LICITRA, L. et al. Evaluation of the benefit and use of multidisciplinary teams in the treatment of head and neck cancer. **Oral Oncology**, v. 59, p. 73–79, ago. 2016.

LOMBARDO, E. M. et al. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1223–1232, 2014.

LOSI-GUEMBAROVSKI, R. et al. Oral carcinoma epidemiology in



Paraná State, Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 393–400, fev. 2009.

LYHNE, N. M. et al. Waiting times for diagnosis and treatment of head and neck cancer in Denmark in 2010 compared to 1992 and 2002. **European journal of cancer (Oxford, England : 1990)**, v. 49, n. 7, p. 1627–33, maio 2013.

MACEY, R. et al. Diagnostic tests for oral cancer and potentially malignant disorders in patients presenting with clinically evident lesions. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015.

MACHADO, F. C. DE A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. Â. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1149–1163, 2015.

MAHAJAN, S.; GUPTA, R. ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA-AN UPDATE. **Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research J Adv Med Dent Scie Res**, v. 44, n. 1, p. 101–104, 2016.

MAIA, H. C. DE M. et al. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n. 1, p. 35–40, mar. 2016.

MANGALATH, U. et al. Recent trends in prevention of oral cancer. **Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry**, v. 4, n. Suppl 3, p. S131-8, dez. 2014.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e

usuários da atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 629–636, 10 mar. 2015.

MARRON, M. et al. Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. **International journal of epidemiology**, v. 39, n. 1, p. 182–96, fev. 2010.

MARTINS, R. C. et al. Relationship between Primary and Secondary Dental Care in Public Health Services in Brazil. **PloS one**, v. 11, n. 10, p. e0164986, 2016.

MELLO, M. DE S. N.; COSTA, A. M.; SILVA, M. L. B. **Análise Sobre a Regulação dos Serviços Odontológicos do Complexo Regulador de Florianópolis: uma ferramenta para a gestão**. Florianópolis: PEREIRA, Maurício Fernandes et al., 2013. v. 8.

MELLO, A. L. S. F. DE et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205–214, jan. 2014.

MELLO, A. L. S. F. DE; MOYSÉS, S. J.; CARCERERI, D. L. Ensino ou Serviço? A Universidade e o Curso de Odontologia na rede de atenção à saúde bucal. **O MUNDO DA SAÚDE**, v. 35, n. 4, p. 364–372., 2011.

MELO, L. DE C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **RGO.Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 58, n. 3, p. 351–355, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2.<sup>a</sup> edição ed. Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MESSADI, D. V. Diagnostic aids for detection of oral precancerous conditions. **International journal of oral science**, v. 5, n. 2, 2013.

MEURER, M. I.; ZIMMERMANN, C.; GRANDO, L. J. Proposta de um roteiro de apoio à descrição de lesões bucais como instrumentalização para a comunicação profissional. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 3, p. 2–15, 2016.

MIGLIORATI, C. et al. Systematic review of laser and other light therapy for the management of oral mucositis in cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, v. 21, n. 1, p. 333–341, 22 jan. 2013.

MINAMISAKO, M. C. **Estudo comparativo de diferentes protocolos de laserterapia na ação analgésica e no reparo da mucosite oral radioinduzida associada ou não à quimioterapia**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MOURA, L. K. B. et al. Integrative review on oral cancer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 5, p. 164, 1 dez. 2014.

MURPHY, C. T. et al. Survival Impact of Increasing Time to Treatment Initiation for Patients With Head and Neck Cancer in the United States. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**, v. 34, n. 2, p. 169–78, 10 jan. 2016.

NAPIER, S. S.; SPEIGHT, P. M. Natural history of potentially

malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. **Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology**, v. 37, n. 1, p. 1–10, jan. 2008.

NEMOTO, R. P. et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 81, n. 1, p. 44–49, jan. 2015.

OCAMPO-RODRÍGUEZ, M. V. et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 12, n. 24, p. 114–129, 2013.

OLIVEIRA, M. L. C. et al. A 10-year analysis of the oral squamous cell carcinoma profile in patients from public health centers in Uruguay. **Brazilian Oral Research**, v. 29, n. 1, p. 1–8, 2015.

OLIVEIRA, E. X. G. DE; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 386–402, abr. 2004.

ONIZAWA, K. et al. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. **Oral oncology**, v. 39, n. 8, p. 781–8, dez. 2003.

PAIVA, M. D. E. B. et al. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica Oral complications of cancer therapy. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 1, 2010.

PANZARELLA, V. et al. Diagnostic delay in oral squamous cell carcinoma: the role of cognitive and psychological variables.

**International journal of oral science**, v. 6, n. 1, p. 39–45, mar. 2014.

PEACOCK, Z. S.; POGREL, M. A.; SCHMIDT, B. L. Exploring the reasons for delay in treatment of oral cancer. **Journal of the American Dental Association (1939)**, v. 139, n. 10, p. 1346–52, out. 2008.

PERDOMO, S. et al. Head and neck cancer burden and preventive measures in Central and South America. **Cancer Epidemiology**, v. 44, p. S43–S52, set. 2016.

PETERSEN, P. E. Oral cancer prevention and control- the approach of the World Health Organization. **Oral oncology**, v. 45, n. 4–5, p. 454–60, 2009.

PETERSON, C. E. et al. Racial differences in head and neck squamous cell carcinomas among non-Hispanic black and white males identified through the National Cancer Database (1998–2012). **Journal of Cancer Research and Clinical Oncology**, v. 142, n. 8, p. 1715–1726, 1 ago. 2016.

PINTO, G. P. de; GARDANO, D.; MONT 'ALVERNE, B. Neoplasias de cabeça e pescoço: impactos funcionais e na qualidade de vida. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 44, n. 3, p. 152–156, 2015.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 209–220, 2014.

PUCCA, G. A. et al. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **Journal of dental research**, v. 94, n. 10, p. 1333–7, out. 2015.

RAJARAMAN, P. et al. Recommendations for screening and early detection of common cancers in India. **The Lancet Oncology**, v. 16, n. 7, p. e352–e361, jul. 2015.

RATTI, A.; AMARAL, R.; TORRES-PEREIRA, C. O sistema de informação da atenção básica (SIAB) como ferramenta para verificar possíveis indicadores de câncer bucal. **J Health Sci Inst**, v. 31, n. 3, p. 262–8, 2013.

RETHMAN, M. P. et al. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. **Texas dental journal**, v. 129, n. 5, p. 491–507, maio 2012.

RIVERA, C. Essentials of oral cancer. **International journal of clinical and experimental pathology**, v. 8, n. 9, p. 11884–94, 2015.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atencao primaria a saude na coordenacao das redes de atencao: uma revisao integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343–352, fev. 2014.

ROHDEN, N. T.; COSTA, A. M.; SILVA, M. L. B. Análise sobre a Inserção da Especialidade de Estomatologia do Hospital Universitário no Sistema de Regulação de Florianópolis e seus Benefícios na Prática Odontológica. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v. 13, p. 25–45, 2013.

ROSALES, A. C. DE M. N. et al. Dental needs in brazilian patients subjected to head and neck radiotherapy. **Brazilian Dental Journal**, v. 20, n. 1, p. 74–77, 2009.

SAMPAIO, E. T. DE M. et al. Acesso ao Tratamento do Câncer Bucal na Região Do Colegiado de Gestão Regional de Campinas – SP: Estudo

de Caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 150–55, 2015.

SANKARANARAYANAN, R. et al. Long term effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a randomized trial in Kerala, India. **Oral Oncology**, v. 49, n. 4, p. 314–321, 2013.

SANKARANARAYANAN, R. et al. Cancer: Disease Control Priorities, 3<sup>a</sup> ed. **The World Bank**, v.3, 2015.

SANTOS, L. C. O. DOS et al. Oral cancer: Population sample of the state of Alagoas at a reference hospital. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 75, n. 4, p. 524–529, 2009.

SANTOS, L. C. O. DOS; BATISTA, O. DE M.; CANGUSSU, M. C. T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 76, n. 4, p. 416–22, jan. 2010.

SANTOS, V. DE C. B. DOS et al. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 2, p. 159–164, 2012.

SARGERAN, K. et al. Delayed diagnosis of oral cancer in Iran: challenge for prevention. **Oral health & preventive dentistry**, v. 7, n. 1, p. 69–76, jan. 2009.

SASSI, L. M. et al. Oral cancer prevention: 20 years of anti-tabagism campaign in Paraná, Brazil. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, v. 39, n. 3, 2010.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. DOS A. Advances and challenges

in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015.

SCOTT, S. E. et al. Pilot study to estimate the accuracy of mouth self-examination in an at-risk group. **Head & Neck**, v. 32, n. 10, p. 1393–1401, 9 fev. 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, ESTADO DE SANTA CATARINA. Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer. Florianópolis, 2016.

SEO, B.-Y. et al. Changes in the management and survival rates of patients with oral cancer: a 30-year single-institution study. **Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 42, n. 1, p. 31, 2016.

SHENOI, R. et al. Demographic and clinical profile of oral squamous cell carcinoma patients: a retrospective study. **Indian journal of cancer**, v. 49, n. 1, p. 21–6, 2012.

SHUMAN, A. G. et al. Demographics and efficacy of head and neck cancer screening. **Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, v. 143, n. 3, p. 353–360, 2010.

SILVA, A. P. et al. Cobertura da atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Norte (RN) à perspectiva do Decreto 7.508/2011 e do GraduaCEO. **Revista da ABENO**, 9 ago. 2015. Disponível em: <<http://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/137>>. Acesso em: 3 nov. 2015

SILVA, M. C. DA et al. Fatores Relacionados ao Atraso no Diagnóstico de Câncer de Boca e Orofaringe em Juiz de Fora/MG. **Revista**



**Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 329–335, 2009.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, jun. 2011.

SOMMERFELD, C. E. et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 41, n. 4, p. 172–177, 2012.

SOMMERFELD, C. E. et al. Impacto do trabalho integrado em rede no diagnóstico precoce do câncer bucal. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, v. 42, n. 1, 2013.

SOUSA, F. B. et al. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. **Brazilian oral research**, v. 28, n. spe, p. 1–8, 2014a.

SOUSA, F. DE O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1283–1293, abr. 2014b.

SOUZA, G. C. DE A. et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Revista de Salud Pública**, v. 17, n. 3, p. 416–428, 18 nov. 2015.

SPEIGHT, P. M. et al. Screening for oral cancer—a perspective from the Global Oral Cancer Forum. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 0, n. 0, p. 309–316, set. 2016.

STEFANUTO, P.; DOUCET, J.C.; ROBERTSON, C. Delays in treatment of oral cancer: a review of the current literature. **Oral Surg**

**Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v. 117, n. 4, p. 424–9, 2013.

TADAKAMADLA, J.; KUMAR, S.; JOHNSON, N. W. Quality of life in patients with oral potentially malignant disorders: a systematic review. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology**, v. 119, n. 6, p. 644–655, jun. 2015.

TIWARI, V. et al. Identifying the Factors Causing Delayed Presentation of Cancer Patients to a Government Medical College of Central India. **Journal of clinical and diagnostic research : JCDR**, v. 9, n. 9, p. XC09-XC12, set. 2015.

TORRES-PEREIRA, C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? **Brazilian oral research**, v. 24 Suppl 1, p. 37–42, jan. 2010.

TORRES-PEREIRA, C. C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s30–s39, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC**. Disponível em: <<http://estomatologiahu.paginas.ufsc.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

VAN DER WAAL, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. **Oral oncology**, v. 46, n. 6, p. 423–5, jun. 2010.

VAN DER WAAL, I. et al. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? **Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal**, v. 16, n. 3, p. e300-5, 1 maio 2011.

VAN DER WAAL, I. Are we able to reduce the mortality and morbidity

of oral cancer; some considerations. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 18, n. 1, 2013.

VAN DER WAAL, I. Oral potentially malignant disorders: is malignant transformation predictable and preventable? **Medicina oral, patología oral y cirugía bucal**, v. 19, n. 4, p. e386-90, jul. 2014.

VARGAS, I. et al. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. **BMC health services research**, v. 15, p. 213, jan. 2015a.

VARGAS, I. et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 6, p. 705–717, 1 jul. 2015b.

VARGAS, I. et al. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. **Health policy and planning**, v. 31, n. 6, p. 736–48, jul. 2016.

VASCONCELOS, A. C. F. DE; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 147–158, mar. 2016.

VAZQUEZ, F. DE L. et al. Referencia e Contrarreferencia na atencao Secundaria em odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 245–256, jan. 2014.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Integrated health care networks in Latin

America: toward a conceptual framework for analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 4, p. 360–367, out. 2009.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 640–647, 2012.

WALKER, M. P. et al. Impact of Radiotherapy Dose on Dentition Breakdown in Head and Neck Cancer Patients. **Practical radiation oncology**, v. 1, n. 3, p. 142–148, 2011.

WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral oncology**, v. 45, n. 4–5, p. 309–16, jan. 2009.

WARNAKULASURIYA, S. et al. An appraisal of oral cancer and pre-cancer screening programmes in Europe: a systematic review. **Journal of oral pathology & medicine: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology**, v. 44, n. 8, p. 559–70, set. 2015.

ZANDBERG, D. P. et al. Oropharyngeal cancer as a driver of racial outcome disparities in squamous cell carcinoma of the head and neck: 10-year experience at the University of Maryland Greenebaum Cancer Center. **Head & neck**, v. 38, n. 4, p. 564–72, abr. 2016.

ZYGOGIANNI, A. G. et al. Oral squamous cell cancer: early detection and the role of alcohol and smoking. **Head & Neck Oncology**, v. 3, n. 1, p. 2, 2011.

## **Apêndice A - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS**

### **REDE DE ATENÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CÂNCER BUCAL**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pesquisadora responsável, e a pesquisadora Marina Leite Souza, mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer bucal em Santa Catarina", que tem como objetivo caracterizar a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de câncer bucal no Estado de Santa Catarina. Trata-se de pesquisa vinculada a dissertação de Mestrado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040400. Telefone: (48) 37216094, e email: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Acreditamos que o estudo possibilitará analisar a situação das ações e serviços de saúde em relação ao câncer bucal em Santa Catarina e contribuir para o fortalecimento da rede de atenção a estes pacientes.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento certifica-lo (a) da garantia do anonimato de seu nome e da imagem da instituição. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a um questionário, sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo. Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso você tenha

qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação à rede de atenção à saúde bucal e gerar desconforto ou constrangimento por relembrar fatos e situações. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder ao questionário, como também para revalidação das respostas, caso seja necessário. Ou seja, caso tenhamos alguma dúvida em relação a sua resposta, é possível que o contatemos por telefone ou e-mail, conforme sua disponibilidade e aceitação. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos.

Você tem a liberdade de recusar a participar do estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização.

As pesquisadoras Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Marina Leite Souza estarão

disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 99141447, pelos e-mails [alfm@terra.com.br](mailto:alfm@terra.com.br) e [marinaleitesouza@gmail.com](mailto:marinaleitesouza@gmail.com) ou pessoalmente, no endereço:

Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC). O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação.

Cordialmente, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Marina Leite Souza

\*Obrigatório

**1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO \***

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ **Li e aceito participar desta pesquisa.**
- ☐ **Não aceito participar desta pesquisa.** *Após a última pergunta desta seção,*

*interromper o preenchimento deste formulário.*

**Dados do Participante:**

**2. Cargo ou função: \***

---

**3. Instituição ou Serviço em que atua: \***

---

**4. Município: \***

---

**5. Como é caracterizado o Serviço ou Instituição em que você atua?**

**Observação: você pode escolher mais de uma alternativa. \***

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Atenção Primária/ Centros de Saúde
- ☐ Atenção Secundária/ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)



- ☐ Atenção Terciária / Hospital
- ☐ Clínica de Instituição de Ensino/ Universidade
- ☐ Secretaria de Saúde
- ☐ Não se aplica
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

### **Diagnóstico**

**6. No município ou Instituição de Ensino é realizado o diagnóstico clínico de lesões**

**buciais com suspeita de malignidade? Exemplo: interpretação de dados de**

**anamnese, exame clínico e exames de imagem. \***

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não (*Ir para a pergunta 8*).
- ☐ Não sabe responder (*Ir para a pergunta 8*).

### **Diagnóstico**

**7. Onde é realizado? Você pode escolher mais de uma resposta. \***

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Atenção Primária/ Centros de Saúde
- ☐ Atenção Secundária/ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- ☐ Atenção Terciária / Hospital
- ☐ Clínica de Instituição de Ensino/ Universidade
- ☐ Não se aplica
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico****8. Caso haja impossibilidade de fazer ou confirmar o diagnóstico clínico de lesões**

**bucais com suspeita de malignidade, para onde são encaminhados os pacientes?**

**Observação: você pode escolher mais de uma alternativa. \***

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Atenção Primária/ Centros de Saúde
- ☐ Atenção Secundária/ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- ☐ Atenção Terciária / Hospital
- ☐ Clínicas de Instituição de Ensino/ Universidades
- ☐ Não se aplica
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**Biópsia****9. No município ou Instituição de Ensino é realizada a biópsia de lesões bucais com**

**suspeita de malignidade? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não (*Ir para a pergunta 12*).
- ☐ Não sabe responder (*Ir para a pergunta 12*).

## **Biópsia**

**10. Onde é realizada? Observação: você pode escolher mais de uma alternativa.**

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Atenção Primária/ Centros de Saúde
- ☐ Atenção Secundária/ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- ☐ Atenção Terciária / Hospitais
- ☐ Clínicas de Instituição de Ensino/ Universidades
- ☐ Não se aplica
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

## **Materiais para biópsia**

**11. Para onde são encaminhados os materiais para biópsia? Observação: você pode**

**escolher mais de uma alternativa.**

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Laboratório médico (prestadora ou próprio)
- ☐ Laboratório de patologia bucal (prestadora ou próprio)
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

## **Protocolos e fluxos de encaminhamento**

**12. No município ou Instituição de Ensino existem protocolos que orientam a**

**indicação e o fluxo dos exames de análise histopatológica em Odontologia**

**(biópsias)? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**13. No município ou Instituição de Ensino existem protocolos que orientam a**

**indicação e o fluxo de encaminhamento de pacientes com lesões com suspeita de**

**malignidade ou malignas para os níveis de atenção de maior complexidade**

**(referência)? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não (*após a última pergunta desta seção, ir para a pergunta 15*).
- ☐ Não sabe responder (*após a última pergunta desta seção, ir para a pergunta 15*).
- ☐ Não se aplica (*após a última pergunta desta seção, ir para a pergunta 15*).

- Outro: \_\_\_\_\_

**14. Qual (is) o(s) mecanismo(s) para encaminhamento de pacientes com lesões com**

**suspeita de malignidade ou malignas para os níveis de atenção de maior**

**complexidade? Observação: você pode escolher mais de uma alternativa.**

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Regulação
- ☐ Lista de espera
- ☐ Contato direto com setor de referência (telefone, e-mail etc.)
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**Profissionais especializados em Diagnóstico Bucal ou Estomatologia**

**15. No município ou Instituição de Ensino existem profissionais especializados em**

**Diagnóstico Bucal ou Estomatologia? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim, exercendo a função
- Sim, mas não exercendo a função
- Não
- Não sabe responder

## Tratamento

Exemplo: cirurgia, radioterapia, quimioterapia.

### **16. No município ou Instituição de Ensino é realizado o tratamento de pacientes com câncer de boca? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não (*ir para a pergunta 22*).
- Não sabe responder (*ir para a pergunta 22*).

## Tratamento

Locais:

### **17. Onde é realizado? Observação: você pode escolher mais de uma alternativa.**

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Atenção Primária/ Centros de Saúde
- ☐ Atenção Secundária/ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- ☐ Atenção Terciária/ Hospitais
- ☐ Clínicas de Universidades
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

### **Avaliação ou tratamento odontológico prévio:**

Preparo do paciente para tratamento oncológico.

**18. Antes de iniciar o tratamento oncológico os pacientes com câncer de boca são**

**avaliados por cirurgões dentistas e/ ou recebem tratamento odontológico, se**

**necessário?** Exemplo: adequação do meio bucal para eliminar focos de infecção.

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim, sempre
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Não *ir para a pergunta 20.*
- ☐ Não sabe responder *ir para a pergunta 20.*
- ☐ Não se aplica *Ir para a pergunta 20.*

**Avaliação ou tratamento odontológico prévio:**

Preparo do paciente para tratamento oncológico.

**19. Onde é (são) realizado (s)? Observação: você pode escolher mais de uma alternativa.**

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Atenção Primária/ Centros de Saúde
- ☐ Atenção Secundária/ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- ☐ Atenção Terciária/ Hospitais
- ☐ Clínicas de Universidades
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

## **Tratamento de efeitos colaterais do tratamento de câncer**

### **na cavidade bucal :**

Exemplo de efeitos colaterais do tratamento de câncer: mucosite, hipossalivação,

osteorradição, limitação de abertura de boca.

**20. Os pacientes que apresentam efeitos colaterais em cavidade bucal decorrentes do tratamento oncológico são avaliados e/ ou recebem tratamento de cirurgões-dentistas?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não (*ir para a pergunta 22*).
- Não sabe responder (*ir para a pergunta 22*).

## **Tratamento de efeitos colaterais do tratamento de câncer**

### **na cavidade bucal :**

Exemplo de efeitos colaterais do tratamento de câncer: mucosite, hipossalivação,

osteorradição, limitação de abertura de boca etc.

**21. Onde recebem este tipo de tratamento? Observação: você pode escolher mais de**

**uma alternativa.**

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Atenção Primária/ Centros de Saúde



- ☐ Atenção Secundária/ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- ☐ Atenção Terciária/ Hospitais
- ☐ Clínicas de Universidades
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

### **Acompanhamento/ Contrarreferência**

**22. Após o tratamento do câncer bucal, os pacientes são encaminhados para**

**acompanhamento em outros locais (contrarreferência)? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não (*após a última pergunta desta seção, interromper o preenchimento deste formulário*).
- ☐ Não se aplica (*após a última pergunta desta seção, interromper o preenchimento deste formulário*).
- ☐ Não sabe responder (*após a última pergunta desta seção, interromper o preenchimento deste formulário*).

**23. Para onde? Observação: você pode escolher mais de uma alternativa.**

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Atenção Primária/ Centros de Saúde
- ☐ Atenção Secundária/ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- ☐ Atenção Terciária/ Hospitais
- ☐ Clínicas de Universidades
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**24. Se você desejar fazer algum comentário, explicação ou sugestão, utilize este**

**espaço:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1**

Eu, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pesquisadora responsável, e a pesquisadora Marina Leite Souza, mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de lesões bucais com potencial de malignização e malignas em Santa Catarina", que tem como objetivo caracterizar a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de lesões bucais com potencial de malignização e malignas no Estado de Santa Catarina. Trata-se de pesquisa vinculada a dissertação de Mestrado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Acreditamos que o estudo possibilitará analisar a situação das ações e serviços de saúde em relação ao câncer bucal em Santa Catarina e contribuir para o fortalecimento da rede de atenção a estes pacientes.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato de seu nome e da imagem da instituição. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a um questionário, sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo. Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Você receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, ficando uma via com você e outra, com as pesquisadoras.

Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação à rede de atenção à saúde bucal e gerar desconforto ou constrangimento por relembrar fatos e situações. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder ao questionário, como também para revalidação das respostas, caso seja necessário. Ou seja, caso tenhamos alguma dúvida em relação a sua resposta, é possível que o contatemos por telefone ou e-mail, conforme sua disponibilidade e aceitação. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos.

Você tem a liberdade de recusar a participar do estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização.

As pesquisadoras Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Marina Leite Souza estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 99141447, pelos e-mails [alfm@terra.com.br](mailto:alfm@terra.com.br) e [marinaleitesouza@gmail.com](mailto:marinaleitesouza@gmail.com) ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC). O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação.

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Marina Leite Souza
Pesquisadora responsável	Pesquisadora colaboradora
Universidade Federal de Santa Catarina - Campus Univ. Reitor João David Ferreira Lima. Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146 88040-970 Trindade - Florianópolis (SC)	Rua Dom Joaquim, 827, apto 1302, Centro CEP: 88015-310 Florianópolis (SC)
Email: alfm@terra.com.br	Email: marinaleitesouza@gmail.com
Fone: 48 99804966	Fone: 48 99141447

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### **Apêndice C - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS**

## **Formulário para coleta de dados do prontuário**

1. Data da coleta de dados:
2. Número do prontuário:
3. Nome do paciente:
4. Data de Nascimento:
5. Procedência:
6. Sexo:
7. Ocupação:
8. Município de procedência:
9. Fatores de risco:
10. a) Tabagismo: ( ) sim ( ) não
11. b) Etilismo: ( ) sim ( ) não
12. c) Exposição ao sol: ( ) sim ( ) não
13. d) Prótese mal adaptada: ( ) sim ( ) não
14. e) Outros: \_\_\_\_\_
15. Sintomas:
16. Localização da lesão:
17. Tempo de evolução:
18. Data do encaminhamento ao serviço de referência:

19. Data do primeiro atendimento no serviço de referência:
20. Tipo de encaminhamento: ( ☐ )Sisreg, ( ☐ )sem encaminhamento formal, ( ☐ )por escrito, ( ☐ )outros \_\_\_\_\_
21. Profissional que encaminhou (categoria/ local):
22. Data da biópsia:
23. Data da entrega do laudo:
24. Data da primeira consulta após confirmação do diagnóstico:
25. Profissional de referência/ Serviço de atuação:
26. Tratamentos indicados:



## **Apêndice D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2**

Eu, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pesquisadora responsável, e a pesquisadora Marina Leite Souza, mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de lesões bucais com potencial de malignização e malignas em Santa Catarina", que tem como objetivo caracterizar a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de lesões bucais com potencial de malignização e malignas no Estado de Santa Catarina. Trata-se de pesquisa vinculada a dissertação de Mestrado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Acreditamos que o estudo possibilitará analisar a situação das ações e serviços de saúde em relação ao câncer bucal em Santa Catarina e contribuir para o fortalecimento da rede de atenção a estes pacientes.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato de seu nome e da imagem da instituição. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio do acesso aos dados de seu prontuário do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago HU/ UFSC), em Florianópolis, Santa Catarina., sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo. Você não precisará estar presente no momento da coleta dos dados

As informações colhidas no seu prontuário serão referentes ao perfil sócio-demográfico; fatores de risco; ao encaminhamento ao serviço de referência, procedimentos, exames realizados, tratamentos indicados, datas do primeiro atendimento no serviço de referência e alta.

Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Você receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, ficando uma via com você e outra, com as pesquisadoras.

Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação à rede de atenção à saúde bucal e gerar desconforto ou constrangimento pelo fato de as pesquisadoras terem acesso a dados de seu prontuário.

Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder ao questionário, como também para revalidação das respostas, caso seja

necessário. Ou seja, caso tenhamos alguma dúvida em relação a sua resposta, é possível que o contatemos por telefone ou e-mail, conforme sua disponibilidade e aceitação. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos.

Você tem a liberdade de recusar a participar do estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização.

As pesquisadoras Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Marina Leite Souza estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 99141447, pelos e-mails [alfm@terra.com.br](mailto:alfm@terra.com.br) e [marinaleitesouza@gmail.com](mailto:marinaleitesouza@gmail.com) ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC). O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação.

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Marina Leite Souza
Pesquisadora responsável	Pesquisadora colaboradora
Universidade Federal de Santa Catarina - Campus Univ. Reitor João David Ferreira Lima. Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146 88040-970 Trindade - Florianópolis (SC)	Rua Dom Joaquim, 827, apto 1302, Centro CEP: 88015-310 Florianópolis (SC)
Email: alfm@terra.com.br	Email: marinaleitesouza@gmail.com
Fone: 48 99804966	Fone: 48 99141447

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

## **Apêndice E: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Roteiro de Entrevista Semiestruturada:

1. Nome:

2. Cargo ou função:

3. Instituição ou Serviço em que atua:

4. Município:

5. Como você descreve a estrutura da Rede de Atenção ao paciente com CA de boca no Estado de Santa Catarina?  
Qual sua percepção sobre:

pontos de atenção:

integração entre eles:

fluxos de referência e contrarreferência:

definição das atribuições de cada ponto:

registro de informações:

transporte/ logística:

serviços de apoio diagnóstico:

resolutividade:

impacto dos indicadores:

6. Quais as principais fragilidades, potencialidades e conquistas?

7. Qual sua opinião sobre o papel da regulação para a estruturação da rede de atenção ao paciente com câncer de boca?

8. Na sua opinião, há diferenças entre o acesso para atenção secundária e terciária de pacientes com suspeita ou confirmação de câncer da região da grande Florianópolis, ou outros grandes centros, e interior do Estado (ou cidades de menor porte)?

9. Como o seu serviço se insere nessa RAS? Qual sua contribuição?

**APÊNDICE F - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA QUALITATIVA EM CÓDIGOS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS
Pontos de Atenção	APS	<p>O paciente é atendido na Atenção Primária em Saúde (APS) e, se tem alguma suspeita, é encaminhado para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência.</p> <p>O diagnóstico de câncer de boca (CB) geralmente é tardio.</p> <p>Muitos dentistas não fazem exame cuidadoso da cavidade bucal.</p> <p>Pacientes não consultam periodicamente com dentistas.</p> <p>Poucos dentistas da APS detectam precocemente lesões com potencial de malignização.</p> <p>Há dentistas que não descrevem adequadamente as lesões identificadas.</p> <p>Descrições inadequadas dificultam a atuação do regulador e a priorização dos agendamentos.</p> <p>Sobrecarga de dentistas da APS,</p>

		<p>falta de ASB e de estrutura adequada pra trabalhar interferem na qualidade das descrições das lesões.</p> <p>Muitos dentistas da APS sentem-se inseguros para atender o paciente oncológico.</p> <p>Alguns dentistas da APS não fazem atendimento a pacientes oncológicos porque acham que não é sua atribuição.</p> <p>Pacientes oncológicos que não receberam radiação na região de cabeça e pescoço, podem ser atendidos na APS.</p> <p>Deveria ser feita uma sensibilização com os dentistas da APS abordando assuntos como: detecção precoce de lesões bucais, importância de descrições detalhadas ao referenciar pacientes e atendimento a pacientes oncológicos.</p>
Pontos de Atenção	AS	<p>Os CEOs são referência para diagnóstico de CB.</p> <p>CEO fortaleceu a Odontologia.</p> <p>Há 48 CEO em funcionamento em SC.</p> <p>Existem mais ou menos 26 municípios que não têm CEO de referência (ou porque são muito distantes e pequenos ou a região</p>



		<p>ainda não montou).</p> <p>SC tem 8 CEO municipais (em municípios com mais de 100 mil habitantes- atendem somente a população do município) e 40 CEO regionais (atendem a sede do município e, pelo menos, 2 municípios vizinhos).</p> <p>Quando o município não tem CEO de referência, recomenda-se que tenha um dentista da APS do município que seja referência.</p> <p>A maioria dos profissionais de referência para diagnóstico de câncer bucal são os especialistas em Cirurgia Bucomaxilofacial (CBMF) lotados nos CEOs.</p> <p>Há poucos Estomatologistas atuando na AS.</p> <p>Estomatologia e CBFM são especialidades importantes, que têm objetivos e olhares diferentes.</p> <p>Após confirmar diagnóstico de câncer bucal, o paciente é encaminhado para hospitais de referência.</p> <p>Os CEO devem iniciar o preparo de boca do paciente quando identificar a lesão maligna e, providenciar o mais rápido possível, os procedimentos solicitados pela AT, via contrarreferência.</p>
--	--	---

Pontos de Atenção	AT	<p>Os serviços de referência para tratamento de CB no Estado são os Hospitais que fazem tratamento de câncer.</p> <p>O CEPON é referência para todo o Estado para tratamento de câncer de boca.</p> <p>Hospitais de referência recebem apenas pacientes com o diagnóstico definitivo de CB.</p> <p>Cirurgias mais complexas são encaminhadas para cirurgiões de cabeça e pescoço (CCP) do CEPON, via carta de encaminhamento.</p> <p>Intercorrências durante o tratamento oncológico (mucosite, xerostomia, osteorradionecrose, cárie de radiação) são tratadas na AT (CEPON).</p> <p>É realizada laserterapia na AT.</p> <p>SUS não tem financiamento específico para fazer laserterapia.</p> <p>Normalmente, antes de iniciar o tratamento oncológico, os pacientes com câncer de boca são avaliados por cirurgiões dentistas.</p> <p>Os pacientes que necessitam de tratamento odontológico (exodontias, restaurações, raspagem, endodontias) previamente ao tratamento</p>
-------------------	----	--

		<p>oncológico realizam os procedimentos na AT (dependendo da disponibilidade do serviço ou especificidades do paciente) ou são contrarreferenciados para AS ou APS.</p> <p>Os encaminhamentos da AT para AS ou APS, visam priorizar tratamento das intercorrências em cavidade oral decorrentes do tratamento oncológico.</p> <p>O preparo de boca realizado na AT depende da capacidade de cada serviço e visa aumentar a adesão do paciente ao tratamento odontológico e tornar mais ágil o início deste.</p> <p>A contrarreferência do CEPON para os CEO de Florianópolis é via regulação. Para os outros municípios, através de carta de encaminhamento ou contato telefônico.</p> <p>Iniciar o tratamento do câncer sem preparo de boca aumenta o risco de complicações clínicas.</p> <p>Os efeitos colaterais em cavidade bucal decorrentes do tratamento oncológico mais comuns são: mucosite, hipossalivação, osteorradiocrose e cárie de radiação.</p> <p>Pacientes que apresentam efeitos</p>
--	--	---

		<p>colaterais decorrentes do tratamento oncológico geralmente são atendidos na AT e necessitam de controle periódico.</p> <p>A periodicidade do controle varia com o estado do paciente.</p> <p>CEOs oferecem apoio aos pacientes que apresentam efeitos colaterais decorrentes do tratamento de câncer.</p> <p>Alguns pacientes são encaminhados para fazer acompanhamento na APS, via carta de encaminhamento.</p> <p>É oferecido suporte (telefone, e-mail) para dentistas da APS.</p> <p>O tratamento dos efeitos colaterais do tratamento de câncer aumenta a qualidade de vida dos pacientes.</p> <p>Tratamentos mais complexos de CB são centralizados em poucos municípios de grande porte no Estado.</p>
Pontos de Atenção	IES	<p>O ambulatório de Estomatologia do HU (AE/HU), núcleo de Odontologia Hospitalar, é referência para Estomatologia para todo o Estado, incluindo diagnóstico de CB.</p> <p>AE/HU faz tratamento de intercorrências durante o</p>

		<p>tratamento oncológico (mucosite, xerostomia, osteorradionecrose, cárie de radiação), laserterapia.</p> <p>Algumas Universidades oferecem apoio ao tratamento odontológico de pacientes oncológicos, oferecendo implantes e próteses, mas isto não está regulamentado, protocolado ou com fluxo estabelecido.</p> <p>Serviços importantes, como o AE/HU e o Laboratório de Patologia Bucal (LPB) da UFSC, são projetos de extensão, que visam o ensino. Isto dificulta o financiamento, a ampliação da oferta e seu funcionamento regular.</p> <p>A propagação de conhecimentos por alunos egressos, a residência multiprofissional, o aumento do número de professores e alunos atuando no diagnóstico e tratamento de câncer bucal, contribuem para o fortalecimento da rede.</p>
Integração entre os pontos	Sistemas de Apoio	<p>Qualquer laboratório que faça análise anatomopatológica pode ser credenciado, não precisa ser de patologia bucal.</p> <p>Só tem laboratório específico de patologia bucal nas faculdades de Odontologia.</p> <p>Alguns laboratórios clínicos têm</p>

		<p>dentistas que fazem análises das peças.</p> <p>A demanda no Estado para análise de peças da cavidade bucal ainda é pequena. Assim, não se pode justificar a necessidade de credenciar laboratórios de análise anatomopatológica que tenham dentistas para fazer os laudos.</p> <p>O LPB da UFSC é projeto de extensão e não faz parte da rede formal.</p> <p>É possível encaminhar peças para análise em LPB das Universidades, mas o encaminhamento não é formalizado e não tem fluxo bem definido. Também não há repasse financeiro.</p> <p>Geralmente os serviços de diagnóstico por imagem fornecem apenas radiografias intraorais.</p> <p>Faltam serviços de apoio diagnóstico (radiodiagnóstico e laboratórios) no âmbito da Odontologia.</p> <p>Serviços de radiodiagnóstico e laboratórios credenciados sem dentistas para analisar os exames e fazer laudos.</p> <p>A formação específica para analisar as peças de biópsia é</p>
--	--	---

		<p>importante.</p> <p>Município ou região de saúde que não tem serviços de apoio diagnóstico (radiologia, laboratórios de análise anatomopatológica) deve fazer convênios para contratar o serviço.</p> <p>Exames de imagem são disponibilizados apenas para pacientes internados.</p> <p>Clínicas particulares oferecem descontos aos pacientes que necessitam de exames solicitados pela rede pública.</p> <p>APS e CEO registram informações através do SIA- SUS e e-SUS.</p> <p>A incidência de câncer de boca é alta em SC.</p> <p>Não se pode afirmar que a RAS diminuiu a mortalidade e morbidade por câncer de boca.</p> <p>Registros das informações SIA SUS e e-SUS estão sendo feitos corretamente.</p> <p>Alguns medicamentos necessários para controlar efeitos colaterais do tratamento oncológico são fornecidos pela rede pública.</p> <p>A prótese bucomaxilofacial pode ser fornecida pelo Estado, através</p>
--	--	--

		de processo administrativo, após o término do tratamento oncológico.
Integração entre os pontos	Sistemas Logísticos	<p>Transporte de pacientes: em distâncias menores de 50 km o município ou o paciente providenciam o deslocamento.</p> <p>Transporte de pacientes: em distâncias maiores de 50 km é através de TFD (tratamento fora do domicílio), providenciado pelo Estado.</p> <p>Quando dependem do transporte oferecido pelas prefeituras, geralmente precisam conciliar com outros pacientes que também necessitam do transporte, o que acarreta longo tempo de espera pela consulta no serviço de referência.</p> <p>Os pacientes do interior do Estado precisam fazer grandes deslocamentos para serem atendidos.</p> <p>Há poucos locais de apoio (alimentação, descanso) para pacientes que necessitam fazer tratamento em municípios distantes do local de residência.</p> <p>A centralização dos serviços de referência acarreta dificuldades aos pacientes (transporte, despesas pessoais, tempo de espera pela consulta, tempo de</p>



		<p>deslocamento).</p> <p>Transporte de peças de biópsia: cada município tem uma maneira para transportar.</p> <p>LPB da UFSC recebe as peças diretamente dos profissionais, via sedex ou através de motoristas das prefeituras.</p> <p>Se o paciente precisar de reabilitação com prótese bucomaxilofacial (PBMF), é necessário fazer um processo administrativo após o término do tratamento. O município encaminha o processo para a Regional de Saúde que, após aprovar, encaminha para Regulação do Estado. O médico regulador do Estado, analisa e, se aprovar, agenda com a dentista conveniada.</p> <p>Só tem 1 profissional especialista no Estado. Esta é conveniada ao Estado e presta serviços em uma clínica privada.</p> <p>O processo para reabilitação com prótese BMF através de processo administrativo leva de 30 a 40 dias (iniciou no primeiro trimestre de 2016). Anteriormente era via processo judicial e demorava mais.</p> <p>A espera pela reabilitação com prótese fragiliza o paciente, afeta</p>
--	--	---

		<p>o funcional e o psicológico (estética, convívio social).</p> <p>A regulação é fundamental para estruturação da Rede.</p> <p>A regulação fortalece a equidade.</p> <p>Aumentou a resolutividade dos casos com a pactuação via sisreg entre CEPON e Prefeitura de Florianópolis.</p> <p>O regulador deve conhecer bem a rede, identificar as necessidades, prioridades para qualificar a gestão do acesso às especialidades.</p> <p>O regulador precisa entender os fluxos de referência e contrarreferência e identificar a capacidade do serviço de referência em absorver a demanda.</p> <p>É importante que os profissionais de saúde mantenham vínculo e bom relacionamento com os reguladores, para esclarecimentos, pactuações e resolução de intercorrências.</p> <p>Os encaminhamentos para hospitais passaram a ser regulados pelas Central Estaduais em 2016.</p> <p>As Centrais de Regulação no Estado estão em processo de</p>
--	--	--

		<p>implantação.</p> <p>Não tem dentista regulador no Estado.</p> <p>É difícil fazer a regulação quando as demandas não são da área de atuação do regulador.</p> <p>As referências para os CEO não são reguladas na maioria dos municípios do Estado.</p> <p>Ainda existem encaminhamentos informais para a Atenção Terciária.</p> <p>Alguns pacientes podem obter benefícios com a rede informal, enquanto outros, podem ser prejudicados.</p> <p>Houve maior integração entre os pontos de atenção após a atuação da regulação.</p> <p>Com a atuação da regulação, os fluxos de referência e contrarreferência tornaram-se mais organizados e os encaminhamentos para os serviços de referência, mais detalhados e adequados.</p> <p>Na maioria dos municípios, os encaminhamentos da APS para o CEO não são regulados.</p> <p>É importante que seja implantada a regulação em todo o Estado para evitar a informalidade nos</p>
--	--	---

		<p>encaminhamentos e melhorar o registro de informações.</p> <p>Há diferenças na integração dos pontos de atenção entre regiões do Estado.</p> <p>A integração entre os pontos de atenção é frágil em regiões do Estado com predomínio de encaminhamentos informais.</p> <p>A contrarreferência é um problema para SB e para toda saúde.</p> <p>Há pouca contrarreferência da Atenção Terciária.</p> <p>Quando tem contrarreferência da Atenção Terciária, geralmente é para realizar procedimentos como, por exemplo, preparo de boca previamente ao tratamento oncológico.</p> <p>Geralmente as contrarreferências da AT para outros serviços é via carta de encaminhamento.</p> <p>Contrarreferências via Sisreg são melhores porque são formalizadas e as autorizações de consulta são impressas.</p> <p>Há diferenças entre o acesso de pacientes para a AS e AT entre grandes centros urbanos e municípios menores.</p> <p>Em municípios de pequeno porte,</p>
--	--	--

		<p>há predomínio de encaminhamentos informais.</p> <p>A referência para atenção secundária e terciária de pacientes com suspeita ou confirmação de câncer funciona melhor em Florianópolis do que em outros municípios do Estado, assim como a contrarreferência.</p> <p>Florianópolis é um exemplo a ser seguido, pois há prontuário eletrônico, dentista regulador, integração com o CEPON, capacitações periódicas, os encaminhamentos são bem descritos e há esforço para montar protocolos.</p> <p>Avanços na rede surgiram a partir de dificuldades.</p> <p>É importante criar protocolos com critérios de encaminhamentos às especialidades e que indiquem critérios de priorização de pacientes.</p> <p>Protocolos norteiam os profissionais, organizam a rede e respaldam o regulador.</p> <p>Florianópolis está criando um protocolo para formalizar encaminhamentos entre CEPON e CEO.</p> <p>É necessário melhorar a comunicação entre os</p>
--	--	---

		<p>profissionais de saúde.</p> <p>No CEPON, as informações do paciente ficam registradas no prontuário eletrônico.</p> <p>Prontuário eletrônico permite o monitoramento de pacientes encaminhados.</p> <p>O ideal seria que houvesse prontuário eletrônico integrado entre os serviços de saúde.</p> <p>A ausência de prontuários integrados e compartilhados na maioria dos serviços prejudica o fortalecimento da rede.</p>
Integração entre os pontos	Sistemas de Governança	<p>A Coordenação Estadual de Saúde Bucal faz intermediação entre o Ministério da Saúde e municípios. Participa da organização, administração, fiscalização, orienta e ajuda no planejamento de videoconferências, webconferências, reuniões com a CIR, reunião com gestores e encontros.</p> <p>Os municípios são responsáveis pela execução das ações.</p> <p>Estão tentando organizar através da CIR um hospital de pacientes especiais e oncológicos por Regional de Saúde.</p> <p>Até o final de 2016 deseja-se que</p>

		<p>os encaminhamentos para os hospitais sejam totalmente regulados.</p> <p>Cada município tem direito a certo número de vagas por mês nos hospitais (definidas através da CIR e depois da CIB).</p> <p>Estão tentando incluir um dentista na regulação do Estado, para ter um olhar mais específico para oncologia e pacientes especiais e para agilizar os atendimentos.</p> <p>Em 2017, pretende-se implantar regulação para os CEO.</p>
--	--	--

## Anexo A - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES BUCAIS COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO E MALIGNAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

**Pesquisador:** Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 49392415.5.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.333.428

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Odontologia, da aluna Marina Leite Souza, sob orientação da prof. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, que pretende caracterizar a organização da Rede de atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de lesões bucais com potencial de malignização e malignas no Estado de Santa Catarina.

A metodologia prevê:

- 1- realizar um questionário estruturado autoaplicável em aproximadamente 60 profissionais responsáveis por instituições com serviços voltados para o diagnóstico e tratamento destas lesões (Secretaria estadual de saúde, gestores das macrorregiões, responsáveis pelo processo regulatório dos Serviços Odontológicos do Estado e curso de graduação em Odontologia);
- 2- análise de dados de prontuários de pacientes que tiveram diagnóstico confirmado de lesões com potencial de malignização (leucoplasia, eritroplasia, líquen plano e queilite actínica) e malignas no Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC, entre os anos de 2010 e 2015. Estima-se aproximadamente 100 pacientes incluídos nesta análise.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Primário:** Caracterizar a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Dosembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br



Continuação do Parecer: 1.333.426

tratamento de lesões bucais com potencial de malignização e malignas no Estado de Santa Catarina.

**Secundários:**

- Identificar e caracterizar os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de lesões bucais com potencial de malignização e malignas no Estado de Santa Catarina;
- Analisar a integração entre estes pontos, na perspectiva da rede de atenção à saúde;
- Descrever as trajetórias de assistência percorridas pelas pessoas com lesões bucais com potencial de malignização ou malignas no Estado de Santa Catarina.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Houve previsão adicional de riscos para os participantes, conforme segue: "A pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva a partir de ponderações pessoais em relação à rede de atenção à saúde bucal e gerar desconforto ou constrangimento por relembrar fatos e situações. Além destes riscos, os participantes que terão o prontuário analisado poderão apresentar desconforto ou constrangimento pelo fato de as pesquisadoras terem acesso a dados dos seus prontuários."

**Benefícios:** O estudo possibilitará analisar a situação das ações e serviços de saúde em relação ao câncer bucal em Santa Catarina e contribuir para o fortalecimento da rede de atenção a estes pacientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

-

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora solicita isenção do TCLE para análise dos prontuários dos pacientes que já faleceram. Para os demais, foi apresentado TCLE, em conformidade com a Resolução CNS466/2012.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Como todas as pendências foram solucionadas, este comitê é de parecer favorável à sua aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48) 3721-6094 **E-mail:** oia.processo@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 1.333.428

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Tipo Documento</b>	<b>Arquivo</b>	<b>Postagem</b>	<b>Autor</b>	<b>Situação</b>
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_578022.pdf	16/11/2015 22:38:46		Aceito
Outros	segunda_carta_resposta_cep.pdf	16/11/2015 18:33:52	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	proj_comite_14_de_novembro2015.pdf	16/11/2015 18:32:58	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	16/11/2015 18:28:17	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	16/11/2015 18:27:48	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto2aversao.pdf	19/10/2015 11:41:56	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_usodebancodedados.pdf	18/09/2015 14:51:47	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_PMF.pdf	18/09/2015 14:46:55	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	decl_dept_Odonto.pdf	18/09/2015 14:45:55	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_hu.pdf	18/09/2015 14:45:12	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_SES.pdf	18/09/2015 14:43:32	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANÓPOLIS, 23 de Novembro de 2015

Assinado por:  
**Washington Portela de Souza**  
(Coordenador)

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48) 3729-12004 **E-mail:** [conep@conep.ufsc.br](mailto:conep@conep.ufsc.br)

## Anexo B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**

Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Odontologia

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de lesões bucais com potencial de malignização e malignas em Santa Catarina, e cumprir os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 27/08/15

Prof. Ricardo de Sousa Vieira  
Chefe do Departamento de  
Odontologia - QDT/CCS/UFSC  
Chefe do Departamento de Odontologia



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 - FLORIANÓPOLIS / SC  
TELEFONE +55 (48) 3721-9164 - FAX +55 (48) 3721-8354

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de lesões bucais com potencial de malignização e malignas em Santa Catarina, e cumprir os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 11/09/15

Profº Carlos Alberto Justo da Silva

Diretor Geral HU/UFSC

Profª Maria de Lourdes Rouaris  
Vice-Diretora HU/UFSC



Secretaria do Estado da Saúde

Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina

Coordenação Estadual de Saúde Bucal

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Rede de Atenção à Saúde Bucal para diagnóstico e tratamento de lesões bucais com potencial de malignização e malignas em Santa Catarina, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 27/08/2015

---

Nestor A. Schmidt de Carvalho

Coordenação de Saúde Bucal



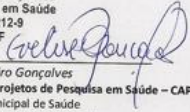
Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 16 de setembro de 2015.

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulada **"REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES BUCAIS COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO E MALIGNAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA"**, da pesquisadora responsável *Marina Leite Souza*. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com as rotinas que foram apresentadas para o pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH; ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

Evelise Ribeiro Gonçalves  
Setor de Educação em Saúde  
Matrícula 26212-9  
SMS - PMF

  
Evelise Ribeiro Gonçalves  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde - CAPPS  
Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Florianópolis